UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1911 — N° 5

Contribution à l'Etude

DES

Tumeurs malignes primitives

DU

NASO-PHARYNX

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Mai 1911

PAR

Gaston SOUCY

Né à Alger, le 4 Janvier 1877

Ancien externe des Hôpitaux ; Ancien interne des Hôpitaux de la Ville

MEMBRES DU JURY :

MM. CANGE, professeur de clinique ophtalmologique, *Président.*
BRAULT, professeur des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges.*

ALGER
IMPRIMERIE F. MONTÉGUT ET A. DEGUILI
12, Rue Charras, AGHA
—
1911

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1911 — N° 5

Contribution à l'Etude

DES

Tumeurs malignes primitives

DU

NASO-PHARYNX

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Mai 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Gaston SOUCY

Né à Alger, le 4 Janvier 1877

Ancien externe des Hôpitaux ; Ancien interne des Hôpitaux de la Ville

MEMBRES DU JURY :

MM. CANGE, professeur de clinique ophtalmologique, *Président.*
BRAULT, professeur des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges.*

NOTA. — *La Faculté n'entend donner aucune approbation, ni improbation, aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

PERSONNEL

DOYEN	MM.	CURTILLET (I. ✿).
ASSESSEUR		VINCENT (I. ✿).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique et histologie		POUJOL (I. ✿)
Physiologie		REY (I. ✿).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✿).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✻ I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CURTILLET (I. ✿).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻ I. ✿).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✿ ◎).
Physique médicale et biologique		GUILLEMIN (✻ I. ✿).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale		TRABUT (✻I.✿MA.O❁)
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie		SOULIÉ (I. ✿).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique internes		GILLOT (A. ✿). N...
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✿). FUSTER.
Chaire d'histoire naturelle		N...
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.

A LA MEMOIRE

DE MON SI CHER ET SI REGRETTÉ PÈRE

Le souvenir du bien que tu fis durant ta vie, me protègera dans la lutte pour l'existence qu'il me faut à mon tour livrer.

Ton fils sera ce que tu étais : « Bon et Honnête ».

G. SOUCY.

A ma Mère Bien-Aimée

Reçois ce pieux hommage de ton fils. Il mettra un peu de bonheur dans ton cœur endolori.

G. SOUCY.

A mes Frères

A mes Sœurs

A mes Neveux

A mes Nièces

G. SOUCY.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ D'ALGER

G. SOUCY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CANGE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Qui me fait l'honneur de présider ma thèse.

Qui m'a toujours prodigué les marques les plus encourageantes de sa sympathie et de sa confiance.

Je dédie ma thèse, en le priant de la considérer comme un bien faible témoignage de ma reconnaissance éternelle et de mon respectueux dévouement.

G. SOUCY.

A MES JUGES :

Monsieur le Professeur BRAULT

dont nous fûmes l'externe.

Monsieur le Docteur CABANES

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

Monsieur le Docteur FUSTER

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

G. SOUCY.

A Monsieur le Docteur Henri ABOULKER

CHEF DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A L'HÔPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

dont nous fûmes l'externe.

Qui nous a inspiré notre thèse ; qu'il veuille bien accepter, ici, avec nos sincères remerciements, l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

G. SOUCY.

PRÉFACE

Nous ne voulons pas entrer dans la grande famille médicale sans consacrer la première page de notre thèse à exprimer notre gratitude à notre mère, à nos parents.

Tout d'abord, nous ne saurions jamais dire combien nous sommes reconnaissants à notre mère de tous les sacrifices qu'elle s'est imposée pour nous. Aussi nous lui promettons, ici, de lui marquer notre reconnaissance dans tous les actes de notre vie.

Nous prions nos frères et nos sœurs, nos neveux et nos nièces de croire à notre grande et sincère affection.

Qu'il nous soit également permis ici d'exprimer notre hommage de profonde gratitude aux maîtres qui nous ont nourri de leurs conseils éclairés, qui nous ont inspiré, par l'exemple, l'amour et le respect de la carrière que nous avons embrassée, à tous ceux, enfin, auxquels nous devons la meilleure et la plus large partie de notre instruction professionnelle.

C'est à l'amabilité de M. le docteur Henri Aboulker que nous devons l'inspiration de notre thèse. Nous sommes heureux de lui adresser nos plus sincères remerciements.

Nos remerciements s'adressent aussi à MM. les professeurs Ardin-Delteil, Brault, Cabanes, Cange, Crespin, Curtillet, Fuster, Gillot, Rey, Soulié, Vincent, dont nous avons été l'élève.

Que Messieurs les docteurs Dumolard, Saliège, Charles Aboulker, Sabadini, qui furent nos chefs de

service, soient assurés de notre profonde gratitude.

Nous ne saurions non plus oublier MM. les docteurs Moggi et Julien, dont nous avons été l'interne ; nous les remercions des conseils éclairés qu'ils ne cessèrent de nous prodiguer pendant nos trois années d'internat. Jamais rapports de maître à élève ne furent aussi agréables, aussi cordiaux que ceux qui nous unirent.

Notre gratitude ira particulièrement à M. le médecin principal de première classe Sieur, professeur au Val-de-Grâce, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, notamment lors de notre séjour à l'hôpital du Dey ; c'est également à son obligeance que nous devons de pouvoir publier ici deux observations inédites et fort intéressantes.

Nos remerciements iront aussi à MM. les docteurs Ferraton, Tanton, professeurs au Val-de-Grâce, Tricot, médecin-chef de l'hôpital militaire de Blida, pour la sollicitude qu'ils eurent toujours pour nous.

Nous remercions également M. le docteur professeur Garel, médecin des Hôpitaux de Lyon, éminent laryngologiste, d'avoir bien voulu nous communiquer une observation inédite et extrêmement intéressante.

Quant à nos amis, nous ne saurion les oublier. Nous nous souviendrons toujours des bonnes gardes montées en commun soit à l'hôpital de Mustapha, soit à l'hôpital de Birtraria, avec les docteurs Lelouch, Oualid, Albert Aboulker, Gaston Martin, Bellandouz, Maâchou, Llabador, Viguier, Karoubi.

Longtemps encore demeurera dans notre mémoire le souvenir des excellents moments passés auprès de nos amis les docteurs Champenois, Lapin, le lieutenant Elghozi, Moïse Nahon, Lagache, Rodolphe Solal, Ferry, Emile Durand.

G. SOUCY.

AVANT-PROPOS

Il nous a paru intéressant, en arriver au terme de nos études, de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude d'une affection assez fréquente et qui ne semble pas jusqu'ici avoir attiré, outre mesure, l'attention des auteurs classiques.

C'est sur les conseils de notre maître, M. le docteur Henri Aboulker, que nous avons entrepris l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. Grâce à son obligeance, nous apportons trois nouvelles observations de cette affection, dont une surtout (observation n° XIX) nous retiendra plus particulièrement, tant en raison de ses signes physiques que de ses symptômes fonctionnels, qui traduisent d'une façon tout à fait caractéristique l'aspect clinique particulier de cette grave affection.

Nous aimons à espérer que la modeste contribution que nous apportons aujourd'hui à une question si intéressante au point de vue clinique et opératoire, engagera plus d'un de nos confrères à approfondir ce sujet. Le travail qui résume nos recherches sur les tumeurs malignes primitives du naso-pharynx sera divisé en trois parties.

La première partie précédée d'un court aperçu anatomique du naso-pharynx, sera consacrée à l'historique de la question que nous nous permettrons d'exposer en détail ; nous passerons en revue les travaux relatifs à notre sujet, recherchant plus particulièrement les observations des tumeurs malignes parues

depuis 1905, date de la thèse de Laval, qui avait déjà recueilli toutes les observations publiées jusqu'à cette époque. Nous avons pu réunir ainsi vingt et un cas ; nous y joindrons deux observations inédites dues à M. le professeur Sieur, une autre due à M. le docteur Garel, une encore de M. le professeur Brault, déjà signalée, mais résumée dans le travail de Laval et que nous publions in-extenso.

Dans la seconde partie, nous aborderons l'étude clinique de ces affections.

Nous consacrerons enfin la troisième partie au chapitre important du traitement.

PREMIÈRE PARTIE

C'est entièrement aux tumeurs malignes primitives du naso-pharynx que nous bornerons notre travail ; et par tumeur maligne, nous considèrerons toute néoformation présentant une texture histologique à caractère envahissant, tels que le sarcome ou l'épithéliome.

Nous laisserons ainsi de côté aussi bien les néoplasmes nés de régions voisines et envahissant secondairement le rhino-pharynx, que les tumeurs à type fibreux, connues sous le nom de polypes naso-pharyngiens des adolescents et susceptibles de transformations sarcomateuses.

Par tumeurs nées de régions voisines, nous entendons les tumeurs des fosses nasales et de leurs annexes, qui pénètrent dans la cavité d'arrière en avant, c'est-à-dire des fosses nasales dans le cavum ; de bas en haut, c'est-à-dire du pharynx buccal dans le cavum, et de haut en bas, c'est-à-dire de la cavité crânienne dans le cavum.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Le naso-pharynx est encore appelé pharynx nasal, cavité naso-pharyngienne, rhino-pharynx, arrière-cavité des fosses nasales ou cavum. C'est une « sorte de carrefour, dit Sappey, établissant une large com-

munication entre les fosses nasales d'une part, les voies digestives et respiratoires de l'autre ». C'est la cavité dans laquelle débouchent en avant les deux fosses nasales et qui se continue en bas avec le pharynx proprement dit.

Les fosses nasales ayant une direction horizontale, le pharynx une direction verticale, il s'en suit que le trait d'union entre les deux aura la forme d'un tuyau de poêle coudé ouvert à ses extrémités (Moure et Brendel, Maladies de la gorge et du nez, Paris 1908).

Le cavum est le seul étage du pharynx qui possède un squelette osseux ; ce squelette est représenté par : 1° le corps du sphénoïde, l'apophyse basilaire et les portions adjacentes des rochers qui forment la voûte du naso-pharynx ; 2° par l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, qui forment la portion antérieure de ses parois latérales ; 3° par les premières vertèbres cervicales, qui forment sa paroi postérieure ; 4° enfin par le cadre osseux des choanes ou orifices postérieures des fosses nasales, qui répond à la paroi antérieure du naso-pharynx (Escat, maladies du pharynx, traité médico-chirurgical, Paris 1901).

On décrit au naso-pharynx six faces, une antérieure, une postérieure, une supérieure, une inférieure et deux latérales.

La paroi antérieure est constituée au milieu et en haut par la partie postérieure de la cloison, sur les côtés par l'orifice postérieur des fosses nasales (choanes) et, plus bas, par la face postérieure du voile du palais.

La paroi postérieure, verticale, répond à l'arc antérieur de l'atlas et au corps de l'axis.

La face supérieure ou voûte est formée par l'apophyse basilaire et l'occipital.

La paroi inférieure comprend la face supérieure du voile du palais en avant et en arrière l'orifice de communication des fosses nasales avec l'arrière-gorge.

« Les faces latérales sont séparées de la paroi postérieure par un véritable sillon, appelé fossette de « Rosenmüller. Un peu plus en avant et sur le même « plan, se trouve l'orifice pharyngien de la trompe « d'Eustache ; cette ouverture, qui présente habituellement un diamètre de un demi-centimètre, se trouve sur le prolongement du cornet inférieur à la « même hauteur et à une distance d'environ 10 à 15 « millimètres de la partie postérieure de ce dernier.

« L'orifice tubaire est séparé de la fossette de Rosenmüller par la portion fibro-cartilagineuse de la « trompe, qui forme chez l'adulte et le vieillard une « saillie assez considérable.

« La lèvre antérieure, moins saillante, se confond « presque avec la paroi latérale du pharynx.

« Muqueuse. — La muqueuse du naso-pharynx se « continue en arrière avec celle du pharynx, et en « avant avec celle du palais et de la pituitaire. Elle « diffère de cette dernière par son épaisseur plus « égale et par l'existence de follicules clos, principalement groupés au voisinage de la trompe, de la « fossette de Rosenmüller et surtout de la paroi supérieure ; à ce niveau, les follicules sont parfois « tellement nombreux qu'on les a désignés sous le « nom d'amygdales pharyngée ou glande de Luschka, « nom de l'auteur qui en a donné la meilleure description.

« A l'état normal, cette glande apparaît sous la « forme de mamelons séparés par des sillons antéro-postérieurs la divisant en plusieurs lobes. Elle « a une teinte rose claire, parfois jaunâtre.

« Immédiatement en arrière de l'amygdale pha-
« ryngienne se trouve une dépression décrite par
« Mayer, puis par Luschka, Ganghofner, Tortual,
« etc., sous le nom de bourse pharyngienne. Son ori-
« fice a de 2 à 5 millimètres de diamètre ; son corps
« se renfle et son fond se termine en pointe dans le
« périoste de l'apophyse basilaire qui présente sou-
« vent à ce niveau une petite dépression ; sa profon-
« deur est de 8 à 10 millimètres chez l'adulte, de 4
« à 5 chez l'enfant.

« L'épithéliome de la muqueuse naso-pharyngien-
« ne est vibratile au voisinage des trompes et devient
« pavimenteux dans le reste de la cavité. »

Lymphatiques du naso-pharynx. — Les lymphatiques des fosses nasales décrits par Simon en 1851, Panas 1860, ensuite par Sappey, ont été étudiés de nouveau par Mast (1901). D'après les recherches de cet auteur, les lymphatiques des fosses nasales aboutissent principalement : 1° aux ganglions rétro-pharyngiens qui, on le sait, sont placés en arrière du pharynx à l'union de sa face postérieure et de ses faces latérales, à la hauteur des masses latérales de l'atlas ; 2° aux ganglions supérieurs de la chaîne carotidienne, à la hauteur de la grande corne de l'os hyoïde. Accessoirement, quelques troncs lymphatiques qui émanent de la partie antérieure de la muqueuse se jettent dans les ganglions sous-maxillaires; c'est également à ces ganglions sous-maxillaires que se rendent les lymphatiques des narines.

HISTORIQUE

C'est en vain qu'en compulsant les ouvrages classiques, nous chercherions quelque article concernant les tumeurs malignes du naso-pharynx. Duplay et Reclus ne les citent même pas, Delbet et Ledentu en parlent à peine puisque Morestin dit : « Les tumeurs malignes de l'arrière cavité des fosses nasales constituent un groupe à part qu'il est convenu de laisser de côté. » Dans son traité de chirurgie clinique, Tillaux ne traite que les fibromes naso-pharyngiens.

Si nous ne trouvons point traces de descriptions classiques de ces affections, encore moins les procédés opératoires sont-ils indiqués.

C'est ainsi que Monod et Vanverts, dans leur ouvrage, ne font point allusion au traitement chirurgical de ces tumeurs.

C'est à peine si quelques spécialistes consacrent, dans leurs traités, de courts chapitres à ces néoformations malignes. Dans son manuel des maladies des fosses nasales, Moure signale le sarcome naso-pharyngien, mais délaisse complètement l'épithéliome. Son dernier ouvrage (1910) sur le pharynx n'est pas plus riche en renseignements sur cette question.

C'est à Monbouyran, dans sa thèse de 1895, sur les tumeurs rares du naso-pharynx, que nous devons la première étude de cette affection, à peu près complète pour l'époque. Il rapporte, au cours de son travail, 34 cas de tumeurs malignes qui se répartissent ainsi : 23 cas de sarcome, 9 de carcinome et 2 d'épithéliome.

Wan Leyden disait, en 1898, en parlant de Moritz

Schmidt : « qu'il n'avait vu qu'un seul cas de sarcome sur 42.000 malades qu'il avait observés. »

Dans son traité des maladies du pharynx (1901), Escat consacre deux petits chapitres à une description assez concise du sarcome et de l'épithéliome.

En 1903, Jacques et Bertemès disaient : « L'épithélium du naso-pharynx est peu connu et les traités classiques les signalent à peine ; comme travaux d'ensemble, nous n'avons trouvé que la thèse de Monbouyran (1895), un aperçu du rapport de Jackson, qui relate 13 cas, et enfin l'article épithéliome du naso-pharynx dans le traité d'Escat. »

Les répertoires des thèses françaises citent Flour (1873) (considérations sur les tumeurs de la voûte du pharynx), où il est surtout question des tumeurs bénignes et des végétations adénoïdes.

Veillon, l'année suivante (1874), présente comme thèse : une contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. Il réunit 6 cas de tumeurs malignes, presque toutes sans examen histologique.

Hallade, en 1880, dans sa « contribution à l'étude du cancer de la partie supérieure du pharynx », se préoccupe surtout de l'envahissement de l'encéphale par la tumeur, envahissement se produisant sans le moindre symptôme.

Enfin, en 1904, Laval présente devant la faculté de Toulouse un travail sur les tumeurs malignes du naso-pharynx, où il passe en revue toute la question. C'est l'étude la plus complète publiée jusqu'à cette époque. Il y réunit, en effet, une centaine de cas puisés tant dans la littérature française que dans la littérature étrangère, et rapporte lui-même neuf nouvelles observations dont sept étudiées par Escat et deux dues à son observation personnelle.

La littérature étrangère et en particulier la littéra-

ture allemande, sans être à ce sujet aussi pauvre que la nôtre, ne nous fournit pas non plus, jusqu'en 1904 du moins, de nombreux renseignements. C'est ainsi que, dans le manuel de P. Heymann, nous avons relevé cette phrase due à Mickulicz au début de l'article qu'il consacre au néoplasme malin : « Les tumeurs malignes du naso-pharynx sont si rares que Gérard Marchand ne les a même pas signalées dans le traité de Duplay et Reclus. »

Trois thèses seulement sont consacrées à cette question. La première, datant de 1893, due à Mulfarth (Uber maligne Geschwülste des nasenrachenraumes), rassemblant 16 cas de sarcomes ou d'épithéliomes et concluant à l'excessive gravité des tumeurs malignes du naso-pharynx.

La deuxième, de Schreiber, en 1896 (Uber die Geschwülste des nasenrachenraumes), l'auteur a surtout en vue les tumeurs bénignes.

Dans la troisième, Albrecht, en 1901, a un point de vue plus spécial et ne considère que les tumeurs leucémiques que l'on peut trouver dans le naso-pharynx. (Uber des nasenrachenraumes.)

Il semble que, depuis cette époque (1904), cette question ait préoccupé particulièrement les chirurgiens et spécialistes de toutes nationalités. C'est ainsi que nous trouvons, en 1905, dans le Deutsch médical Wehnscher (Leipzig, 1905, XXI, 502-504), un article de Stenger : « Zur Kenntnis der Früchsymptome maligner tumoren des nasenrachenraumes ». Cobb, de New-York, publie dans la Tr. Am. Laryngol rhin, et otol. Soc. 1904, (New-York, 1905, X, 147-151) : « Malignant grow ths of the nose and naso-pharynx ». La même année, nous trouvons, dans le *Bulletin de Laryngologie de Paris* (31 août), un article de Luc sur le fibro sarcome naso-pharyngo-maxillaire.

Enfin, Compaired, de Madrid, publie, dans les *Archives internationales de laryngologie* (Paris, 1905, XX, 368-394), une importante étude ayant pour titre : « Contribution à l'étude clinique des tumeurs malignes du naso-pharynx ».

De tous côtés, nous voyons rapportées des observations de tumeurs malignes. C'est en France, Rhodes, dans les *Archives internationales de laryngologie* (Paris, 1907, XXIV, 201-206), relate un « nouveau cas d'épithéliome naso-pharyngé avec invasion de toute la voûte palatine et des tissus sphénoïdaux : opération. »

Massier, de Lille, dans la *Pédiâtrie pratique* (Lille, 1908, VI, 208-210), rapporte le cas d'un volumineux fibro-myxome du naso-pharynx, chez un enfant de 6 ans ½.

En Espagne, Botey, dans les *Archives de rhino-laryngologie de Barcelone* (1906, XXVII, 317-325), rapporte un cas de « fibro-sarcome du naso-pharynx et du sinus splénoïdal », et en 1909, dans la même publication (XX, 151-157), un autre cas de néoplasme du cavum naso-pharyngien et de la fosse de Rosenmuller.

Vargas, dans les *Notas med.* (Valladolid, 1909, II, 10), rapporte aussi un cas de fibro-myxome du naso-pharynx.

A Bucarest, Jonesco, dans le *Bull. mem. de soc. de Buccarest* (1906-1907, IX, 15), relate un cas de fibro-sarcome du naso-pharynx.

En Amérique, Theisen rapporte, dans la *Revue hebd. de laryngol. analyse* (1910(, un cas de lympho-sarcome du naso-pharynx.

MM. Caw et Kyle nous signalent également de nouvelles observations de tumeurs malignes du naso-pharynx.

En Italie, Rugani, Léto, Clerc publient, le premier en janvier 1908, dans les *Archives Ital. de laringol.*, un article sur le cancer du pharynx nasal ; le second en avril 1910, dans le même journal, fait paraître une « contribution à l'étude des tumeurs du naso-pharynx » ; le troisième, enfin, rapporte, dans le *Bollettino delle malatt delle orecchio* (mai 1910), un cas de lympho-sarcome du naso-pharynx.

Enfin, au Congrès de laryngologie de Budapesth de 1909, Moure présenta un rapport très documenté sur le traitement des tumeurs malignes du naso-pharynx.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

En abordant l'étude de la symptomatologie, nous ferons remarquer que quelle que soit la structure histologique des tumeurs malignes que nous envisageons, les signes que nous rencontrerons ne différeront guère d'une variété à l'autre.

Les tumeurs malignes du cavum se rencontrent surtout chez l'homme. Laval accuse, en effet, une proportion de 8 femmes pour 60 hommes. A quoi serait dû ce facheux privilège accordé au sexe masculin ? Nous ne saurions le dire. Peut-être faudrait-il incriminer l'usage du tabac ou de l'alcool. Ce sont là de simples hypothèses. Peut-être pourrions-nous, comme pour le cancer de la langue et du maxillaire, invoquer la syphilis avec ses plaques de leucoplasie : simple hypothèse encore.

Quoique dévolue surtout à l'âge adulte, cette redoutable affection n'épargne pas les tout jeunes enfants ; et si, d'après la statistique de Laval, 30 ans pour le sarcome serait l'âge moyen et 40 ans pour l'épithéliome, du moins peut-on citer, jusqu'ici, avec Scheinmann, Lunin, Brault, Edler, Senator, Massier, des cas de tumeurs malignes chez les enfants âgés de 3 ans ½ (Brault), 4 ans (Scheinmann), 5 ans (Senator), 5 ans ½ (Massier) et 14 ans (Edler).

Disons, d'ailleurs, en passant, que la marche de cette affection paraît d'autant plus rapide que le sujet est moins âgé.

Comme dans toute étude symptomatologique, nous classerons les divers signes en symptômes fonctionnels et en signes physiques, et nous distinguerons trois périodes dans l'évolution de la maladie.

Une première période ou période latente.

Une deuxième période ou période d'état.

Une troisième période ou période d'envahissement, envahissement local ou envahissement à distance.

Signes fonctionnels

Période latente. — Rien de plus banal que les premiers symptômes qui accompagnent ces affections. Rien de plus banal, avons-nous dit, et de plus variable aussi, et c'est pour cela même que beaucoup restent ignorés jusqu'à ce que, soit par leur persistance, soit par leur aggravation, soit encore par l'apparition de symptômes nouveaux, l'attention du malade, de son entourage ou de son médecin soit attirée et portée sur le lieu même du mal.

Mais, quels sont ces premiers symptômes ? Les uns présenteront comme signes uniques des épistaxis peu abondantes mais répétées (obs. I, V, VII, XIV), pouvant faire penser à quelques dyscrasies conduisant le praticien dans une voie thérapeutique erronée et suivie naturellement d'insuccès. D'autres présenteront du catharre naso-pharyngien et seront soignés pour cette affection. Mais ce sont là, on le voit, des causes d'erreurs qu'un praticien averti et dont les investigations ont été minutieuses pourra, avec beaucoup d'attention arriver à éviter. Ce travail n'a d'autre but que d'essayer de grouper les éléments qui rendront possible un diagnostic précoce.

Ainsi, les premiers symptômes sont généralement variables et la persistance de l'un d'eux nous fera distinguer, avec Laval, trois formes dans le début :

Première forme, forme respiratoire.

C'est la forme la plus fréquente. Le malade se montre à nous pour une obstruction nasale tenace, rebelle, localisée surtout à un seul côté (obs. I, II, VIII, IX, X, XII, XV, XVI, XVIII, XIX, X, XI). Sa bouche reste légèrement entr'ouverte (obs. X) ; il ronfle la nuit. Il présente de la pharyngo-laryngie avec les troubles habituels de la phonation : la voix est nasonnée (obs. I, XXI) ou amygdalienne, il se mouche difficilement. L'insuffisance nasale ne rétrocède pas, mais va au contraire en augmentant. L'examen des fosses nasales n'explique pas cette insuffisance et le médecin est alors amené à inspecter le cavum.

Deuxième forme ou forme auriculaire.

Presque aussi fréquente que la première, cette forme nous montre des malades atteints d'une dureté d'oreille, d'abord inconstante, continue ensuite depuis quelques jours, quelques semaines ou quelques mois (obs. IX, XV, XVIII, XX).

A cette surdité s'ajoutent quelquefois des bourdonnements (obs. XVII) et des névralgies (obs. V, XV, XVIII, XIX) souvent précoces. L'examen de l'oreille ne donne souvent rien à ce moment, sinon l'indication que la cause ne siège pas dans la région même qui présente ces troubles. Cette forme auriculaire peut se présenter sous forme d'otalgie (obs. X) comme pour le cancer du pharynx buccal, du larynx ou de la langue.

Troisième forme, forme ganglionnaire.

Souvent la tumeur maligne se révèle par quelques

ganglions échelonnés le long de la chaîne cervicale (obs. VI, XI, XII, XIV, XV, XVI, XXI). Quelquefois gros comme un pois, quelquefois énormes et envahissant toute la région angulo-maxillaire et s'accompagnant de névralgies dans la zone des nerfs cervicaux.

Telles sont les 3 formes de début de ces affections.

Ajoutons cependant que, souvent, ces formes que nous venons d'indiquer se superposent et que nous pouvons voir des malades présentant à la fois de l'insuffisance nasale, des troubles de l'oreille et de l'envahissement ganglionnaire.

Nous insistons sur l'absence souvent complète des douleurs et des symptômes fonctionnels qui peuvent exister dans la forme ganglionnaire. Les malades, et surtout ceux qui constituent la clientèle hospitalière, s'inquiètent fort peu de l'obstruction nasale, mais, en revanche, ils voient avec inquiétude la tuméfaction cervicale progresser, et ce qu'il y a de plus surprenant, c'est le volume énorme de la tumeur naso-pharyngienne que l'on trouve chez ces malades, alors que par eux-mêmes ils ne donnent aucune indication susceptible d'attirer l'attention vers le naso-pharynx.

Deux des malades observés par M. Aboulker présentaient ce caractère d'une façon très nette. L'exploration du pharynx buccal ayant été négative ; l'exploration du pharynx laryngé, de même que l'exploration des fosses nasales, n'ayant montré aucune lésion pouvant expliquer la présence d'une masse ganglionnaire. M. Aboulker avait été amené, en complétant l'examen de ces malades, à mettre en évidence la lésion causale.

Ni les malades, ni les médecins qui les avaient examinés, n'avaient eu le moindre soupçon sur l'origine de l'affection.

On comprend la gravité particulière de cette forme

ganglionnaire qui, plus que la forme respiratoire et la forme auriculaire, restera longtemps méconnue. Le malade qui fait l'objet de l'observation (n° XIX) avait présenté, d'une façon frappante, cette évolution latente. C'était un officier, homme très intelligent, qui s'observait attentivement. Au moment où il se présenta à M. Aboulker, il venait de parcourir toutes les cliniques médicales et neurologiques de l'Europe. Il demandait partout un remède à des névralgies fronto-occipitales atroces. Il avait été partout, et partout il avait été considéré comme un neurasthénique atteint de simples névralgies.

Il avait entendu parler de sinusite et était venu demander à M. Aboulker un remède à cette affeciton.

Parconséquent, il nous paraît donc nécessaire qu'aux 3 formes : respiratoire, auriculaire et ganglionnaire, d'ajouter la forme névralgique d'autant plus importante à signaler qu'elle peut plus facilement encore que toutes les autres éloigner du point de départ réel de l'affection l'attention du médecin même averti.

C'est généralement à cette période que les symptômes que nous avons énumérés dans les chapitres précédents sont si accusés, si superposés entre eux, qu'ils inquiètent le malade et l'obligent à venir demander un remède à son mal.

L'obstruction du début est maintenant très marquée, presque insupportable, généralisée. Le nasonnement, l'enchifrènement sont plus prononcés, les fonctions olfactives diminuées ou abolies. Du côté de l'oreille, on note d'abord des bourdonnements intenses, puis la surdité d'un côté menace de s'étendre à l'autre. Très souvent, le malade se plaint d'une sensation de corps étranger et la dysphagie devient de plus en plus grande.

Les petits écoulements sanguins du début deviennent purulents, sanieux, fétides. Parfois, ils se présentent sous forme d'hémorrhagies graves.

Des douleurs profondes apparaissent dans la région correspondant à la paroi postérieure du pharynx, au niveau de l'oreille ou à la nuque. Parfois aussi, des névralgies tenaces existent dans les régions temporales, parotidiennes ou mastoïdiennes. Notons enfin l'anesthésie du pharynx signalée par Monbouyran.

Signes physiques

Nous procèderons pour l'étude des signes physiques comme nous l'avons fait pour l'étude des signes fonctionnels. Nous les considèrerons aussi à la période de début, à la période d'état et enfin à la période d'envahissement.

Les procédés d'examen que nous avons à notre disposition sont maintenant nombreux :

Examens instrumentaux, ou simplement sensitifs, que nous complèterons par l'examen histologique.

Période de début. — Malgré tous les renseignements que l'on peut trouver dans la recherche des signes physiques, nous devons constater qu'à la période des débuts, il n'est souvent pas possible de reconnaître macroscopiquement une tumeur commençant à évoluer au niveau de l'amygdale pharyngienne, par exemple. La rhinoscopie antérieure, de même que l'examen direct de l'oro-pharynx, sont négatifs. La rhinoscopie postérieure montre une tumeur de volume, d'aspect et de siège très variables ; volume variant de celui d'une petite amande à celui d'une prune ; d'aspect gris et chagriné plutôt que lisse..

Au toucher, on a une sensation de masse élastique ;

la surface de la tumeur peut être uniforme ou mamelonnée.

Rarement cette tumeur est pédiculée.

C'est aussi grâce à la rhinoscopie postérieure et surtout au toucher que le diagnostic du point d'implantation de la tumeur est possible d'une façon très souvent précise. Ces méthodes d'investigation permettent de reconnaître que la tumeur prend naissance en des points déterminés au nombre de quatre.

1° Sur la voûte du rhino-pharynx en avant, au niveau ou en arrière de l'agmydale pharyngienne de Luschka.

2° Sur les côtés au pourtour de l'orifice tubaire.

3° Sur le bord postérieur du vomer et du cadre des choanes.

4° Rarement enfin sur la paroi postérieure du rhino-pharynx répondant au corps des premières vertèbres cervicales (obs. XIX).

D'autrefois, il est possible de rencontrer un aspect particulièrement difficile à interpréter. C'est le développement sous-périostique de la tumeur recouverte d'une muqueuse absolument saine, d'aspect normal et dont rien ne pouvait révéler la nature maligne, pas même le toucher. A l'inspection, aussi bien qu'à l'exploration digitale, on aurait cru avoir affaire à un cavum légèrement rétréci par des corps vertébraux proéminents (obs. XIX).

Le diagnostic ne put être fait que par le doigt qui, appliqué d'abord sur la paroi postérieure du pharynx buccal, remontant dans le cavum le long de cette paroi et sentait un ressaut qui, seul, put faire soupçonner le diagnostic.

Cet aspect ne paraît pouvoir être rencontré que dans le cas de sarcome développé aux dépens du tissu

fibreux du périoste, en particulier dans la forme sarcomateuse diffuse (obs. XIX).

L'otoscopie ne donnera généralement rien. Les ganglions peuvent être absents ou très peu développés. A l'examen par la rhinoscopie postérieure, nous pouvons ajouter l'examen à l'aide du pharyngoscope de Hays. (*Annal.* Garel, descript.).

Garel, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx,* et Lermoyez et Sebileau, du 11 novembre 1909 (XXXV, 539-534), en donne la description suivante :

« L'appareil se compose de deux parties : l'une horizontale, qui sera introduite dans la bouche ; la seconde se visse sur la première ; elle est munie d'une virole qui se pousse de haut en bas pour fermer le courant, et elle se termine par les conducteurs souples reliés à la source électrique employée.

« La partie horizontale est un tube aplati servant d'abaisse-langue et portant à son extrémité de petites ampoules électriques dont les conducteurs sont contenus dans les parties latérales du tube. Au centre, on glisse une tige, appareil télescopique comportant en arrière un oculaire et en avant un petit prisme à réflexion totale, dont la face supérieure est formée d'une lentille minuscule ou objectif. C'est un système optique semblable à celui du cytoscope de Otis. Lorsque le pharyngoscope est en place, la lentille regarde en haut et se trouve encastrée dans les deux lampes à incandescence.

L'appareil télescopique glisse non seulement dans le tube horizontal, mais il peut encore tourner dans tous les sens ; aussi l'oculaire porte à sa périphérie une petite boule de métal qui indique toujours la position exacte de la lentille. Cette lentille a un court foyer de 2 cm. 5 environ, ce qui permet d'avoir une

vue d'ensemble de la région explorée. Néanmoins, on a une image très nette, plus grande que nature, dont on peut étudier les moindres détails.

Le pharyngoscope se place dans la bouche, comme un abaisse langue ordinaire. On prie ensuite le malade de fermer la bouche et de respirer régulièrement et profondément par le nez, de manière à éviter toute contraction du côté du voile du palais. Dans l'introduction, on aura soin, autant que possible, de s'arrêter à 1 ou 2 millimètres de la paroi postérieure du pharynx pour ne pas provoquer des reflexes. Toutefois, si le malade était trop sensible, on aurait qu'à faire une anesthésie locale à la cocaïne.

Pour l'examen du naso-pharynx, la boule de métal de l'oculaire doit être placée en haut, et en bas pour le larynx. Pour l'inspection des trompes, il faut déplacer l'appareil en masse d'un quart de tour pour ne pas avoir l'une des lampes dans le champ de l'objectif.

« Le pharyngoscope peut rester en place pendant quelques minutes. On peut, d'ailleurs, supprimer de temps en temps le courant, bien que les lampes ne s'échauffent pas assez vite pour brûler la muqueuse. Au premier moment de l'introduction, il se dépose de la buée sur l'objectif, mais elle disparaît très vite grâce à la chaleur développée de chaque côté par les deux ampoules à incandescence.

« Le seul inconvénient du pharyngoscope réside dans la difficulté de la désinfection. Comme la stérilisation par la chaleur est impossible, on aseptise l'instrument par un lavage minutieux au savon et à l'alcool. Tous les angles sont mousses et faciles à nettoyer. »

.....

Je tenais à faire connaître ce merveilleux appareil clinique. Sans doute, sauf de rares exceptions, il ne

peut servir qu'au diagnostic ou aux recherches physiologiques. Le médecin pourra étudier toutes les altérations organiques ou fonctionnelles des régions laryngo et pharyngo-nasales. Le physiologiste suivra les divers mouvements physiologiques de ces régions, comme s'il était installé en observateur dans les cavités mêmes du sujet en expérience.

Période d'état

A cette période, tous les signes sont accusés et la rhinoscopie antérieure permet souvent, surtout après application de cocaïne adrénaline sur la muqueuse, d'apercevoir, dans la partie profonde, une tumeur cachant à la vue la partie postérieure du pharynx, obstruant, soit en partie, soit entièrement, la choane correspondante, ou même toutes les deux.

La recherche des limites ou du volume de la tumeur à l'aide du stylet est rarement possible.

L'examen direct du pharynx ne révèle rien de particulier lorsque la tumeur s'étend transversalement au-dessus du voile ou vers la voûte. Parfois, au contraire, le voile présente un aspect, une forme et une situation anormale. Il est rouge, abaissé ou refoulé en avant (obs. XXII). Il n'offre plus sa concavité normale. Il présente de l'asymétrie, de l'immobilité. Quelquefois, le néoplasme déborde l'extrémité inférieure du voile et s'offre directement à la vue, se présentant dans la région médiane ou sur les parois latérales légèrement masqué par les piliers postérieurs qu'il déplace et refoule en avant.

La rhinoscopie postérieure nous renseigne sur le siège de la tumeur, mais ne donne que des indications imprécises sur son volume.

Dès que le volume est plus considérable, s'il s'agit

d'un sarcome, il présentera des végétations d'aspect bleuâtre, rouge lie de vin ou blanchâtre. Notons cependant qu'il peut quelquefois rester lisse et uniformément coloré.

L'épithéliome est presque toujours irrégulier, ulcéreux, fongueux, grisâtre, formé de plusieurs lobes et recouvert d'un enduit purulent et sanieux. Les régions avoisinantes sont infiltrées.

A l'infiltration cancéreuse des ganglions s'ajoute l'hypertrophie simple, infectieuse.

Au toucher, la consistance est variable. Celle du sarcome peut être uniformément mollasse ou présenter des points résistants ou élastiques. Il peut être aussi, mais rarement, uniformément dur et donner la sensation d'un fibrome naso-pharyngien.

Dans certains cas d'épithéliomes, le doigt ne pénètre dans le cavum qu'avec une grande difficulté. Il tombe au milieu d'une masse bourgeonnante, végétante en chou-fleur, qui donne une sensation comparable à celle du col utérin ulcéreux (obs. XIX).

Dans certains cas de sarcome, le cavum paraît au contraire entièrement libre. On croirait seulement avoir affaire à un cavum naturellement étroit ; il faut un toucher attentif pour constater la présence d'une formation néoplasique sous-muqueuse. L'observation XX est un exemple de sarcome sous-muqueux diffus. Le pharyngoscope montre à cette période des lésions avancées correspondant aux différents aspects que nous venons de décrire.

Il appartient donc aux médecins qui mettront en œuvre ces procédés nouveaux et minutieux d'exploration du cavum de faire que cette période latente devienne une période de diagnostic habituel et courant du cancer naso-pharyngien. De ce diagnostic précoce, comme du diagnostic précoce de tous les

cancers de l'organisme, dépendra la possibilité d'une intervention chirurgicale hâtive et par conséquent curable. L'épithélioma varie de consistance suivant sa nature histologique ; il peut être mou ou très résistant et présente des bourgeons friables se détachant facilement.

Symptômes d'état

A la période d'état, les symptômes fonctionnels de la période latente se sont accusés. Les symptômes respiratoires sont plus prononcés, le malade a le nez complètement obstrué, la respiration nasale est totalement supprimée : le malade respire la bouche ouverte, il expulse en mouchant et en crachant des matières muco-purulentes ou fétides qui peuvent contenir des débris sphacélés de la tumeur. (Obs. II, XVII.)

L'audition, qui pouvait déjà être compromise, diminue de plus en plus, l'oreille moyenne s'infecte par la trompe d'Eustache et l'on est ainsi amené à constater des écoulements purulents.

Enfin, l'intensité de l'otalgie s'aggravera et les crises deviendront plus fréquentes.

Les ganglions, qui étaient inexistants ou peu accentués à la période de début, apparaîtront le long de la chaîne cervicale, au niveau de l'angle des machoires; ils arriveront à se présenter sous la forme de tumeurs volumineuses, dures, adhérentes aux plans profonds et, en particulier, aux gros vaisseaux. Dans quelques cas, les malades peuvent avoir l'aspect du cou proconsulaire (obs. XX). D'autrefois, ce sont les ganglions périrecurrentiels qui sont seuls atteints. Le malade présente de la dysphonie et l'examen laryngoscopique fera constater une paralysie d'une ou de deux cordes vocales.

Enfin, la forme névralgique aboutira à des crises

subintrantes de céphalalgie atroce, que seul pourra atténuer l'usage incessant de la morphine.

Période d'envahissement

Il n'est pas que les ganglions qui puissent être envahis par le processus néoplasique. Souvent même, en effet, les tumeurs, loin de rester cantonnées, envahissent les régions voisines de proche en proche, les désorganisant, les infiltrant. Et c'est cette période d'envahissement qui constitue bien souvent l'ultime phase de la maladie. Rarement la cachexie en est l'aboutissant, le malade étant emporté au milieu des complications inattendues.

La tumeur peut se propager suivant quatre directions : 1° inférieurement vers le pharynx buccal, surtout dans la partie postéro-latérale. Le voile est envahi, il peut être perforé, ulcéré ; alors surviennent des troubles dysphagiques menant le malade à une rapide cachexie. Cette propagation vers le pharynx buccal est fréquente quand il s'agit de sarcome.

2° Prolongements latéraux. L'infiltration néoplasique se propage quelquefois mais moins souvent cependant, vers les parois latérales du pharynx. La trompe d'Eustache est atteinte, elle peut être infiltrée dans toute sa longueur. L'infiltration peut s'étendre au-delà vers la caisse, qui est alors envahie, donnant lieu ainsi à des troubles otitiques s'accompagnant souvent de vertiges (obs. XIX).

3° Prolongements antérieurs. L'orifice choanal présente au néoplasme une voie de propagation toute indiquée. Il envahit, en effet, les fosses nasales souvent dans toute leur longueur, arrivant même jusqu'aux narines (obs. II). Consécutivement à cet envahissement du nez, se produit celui du sinus sphénoïdal,

soit à travers sa face inférieure, soit à travers son orifice naturel.

Latéralement, les prolongements néoplasiques dans les fosses nasales se font jour dans les sinus maxillaires, qui sont envahis à leur tour. Enfin, l'orbite et, à sa suite, les tissus peuvent être envahis. La tumeur arrive dans la fosse cérébrale antérieure à travers la lame criblée de l'ethmoïde. Elle pénètre dans l'étage moyen du crâne, à travers le plafond des sinus sphénoïdaux et de la selle turcique. On comprend alors les troubles graves occasionnés par un tel envahissement (obs. VII).

Le nez est élargi, déformé, donnant lieu à cet aspect caractéristique désigné par les Anglais sous le nom de « frog face », tête de grenouille ; l'unguis est déformé et soulevé est le siège de douleurs extrêmement violentes (obs. II).

L'épiphora se produit, accompagné d'exophtalmie et d'amaurose.

Le globe oculaire insensible a perdu sa mobilité. Enfin, on peut noter une céphalée frontale, continue et localisée traduisant l'envahissement du sinus.

4° Prolongements supérieurs ou crâniens. Malgré son épaisseur, le squelette de la base n'est souvent pas assez résistant pour empêcher la propagation de la tumeur dans ce sens. C'est ainsi que l'apophyse basilaire, le corps du sphénoïde, avec la selle turcique et sa grande aile, l'ethmoïde par sa partie répondant à la lame criblée, peuvent être traversés. (Laval). (Obs. VII.)

La substance cérébrale est comprimée ou infiltrée par la tumeur.

Mais, alors que l'on pourrait s'attendre dans de pareils cas à de graves complications, on est souvent surpris de ne trouver sur le vivant aucune ma-

nifestation de cet envahissement dont on ne se rend compte qu'à l'autopsie. Nous en appelons à la très intéressante observation de Hallade. Ce ne sont là, il est vrai, que des exceptions,, et l'on comprend qu'une semblable effraction doive s'accompagner de signes graves. Ce sont la céphalalgie intense sans rémission, la névralgie dans toute sa sphère du trijumeau, les troubles oculaires (amaurose, diplopie, exophtalmie), la paralysie du globe oculaire, enfin les vomissements et le ralentissement du pouls.

Généralisation à distance. — Comme toutes les tumeurs malignes des autres organes, les néoplasmes du naso-pharynx sont susceptibles de produire des métastases.

Les symptômes varient alors à l'infini selon les organes secondairement atteints.

Marche, durée, terminaison. — Ici, encore, nous pourrons considérer trois modes différents. Compared, Veillon, Leydmann signalent des affections datant de 4, 6 ou 7 ans. Cette marche lente de l'affection nous permet de dire que la phase latente peut durer longtemps. Spitzer rapporte l'histoire d'un malade atteint de troubles méningitiques avec obstruction nasale. Ces phénomènes disparurent complètement pendant 4 ans. La mort survint au bout de ce temps et l'autopsie permis de constater une tumeur du naso-pharynx avec propagation au cerveau.

C'est là une observation qui permet de considérer une forme remittente à cette affection.

Le développement excessivement rapide de la tumeur est de beaucoup la chose la plus commune. Il semble que les jeunes sujets soient particulièrement disposés à cette forme d'évolution.

Abandonnées à elles-mêmes, les tumeurs malignes du naso-pharynx entraînent fatalement la mort.

Quoique très rare, la guérison post-opératoire a cependant été observée. Walsham (1884), Alexander et Heymann (1898), Burney (1900), Bryant (1896), Simpsons (1903) auraient obtenu des guérisons par des procédés divers : traitement arsenical, électrolyse, ligature des carotides, curetage. Reiche et Kühe (1897) par des injections d'alcool, Jacques et Bertemes (1903) et Botey par l'opération par les voies naturelles auraient guéri des sujets atteints d'épithéliomes. Rhodes (1907) prétendait obtenir de bons résultats par des injections d'adrénaline.

Les cas de guérison publiés sont, on le voit, fort rares lorsqu'on considère le nombre des tumeurs malignes du naso-pharynx, et c'est ainsi que l'on peut dire que la mort en est l'aboutissement constant. Généralement rapide, elle est produite par des causes variées. Souvent elle survient dans le coma méningitique par suite de la perforation de la base du crâne. Quelquefois elle est dûe à des hémorragies graves contre lesquelles on reste impuissant (obs. XVII). L'asphyxie, par suite d'envahissement nasal et bucco-pharyngien peut aussi entraîner la mort, quelquefois par suite d'œdème de la glotte si la tumeur se propage par le larynx.

La cachexie dûe et à l'intoxication néoplasique et à l'état d'inanition dans lequel se trouvent les malades par suite de dysphagie, doit être notée comme mode de terminaison. Dans une très intéressante observation due à l'amabilité de notre maître, M. le professeur Sieur, du Val-de-Grâce, nous voyons la mort produite par suite d'hémorragie grave consécutive à une ulcération de la carotide. Citons encore la

mort par thrombose des jugulaires, par compression du pneumogastrique.

Enfin, le shock opératoire est parfois tel que les malades survivent difficilement.

Pronostic. — Quel sera donc le pronostic des tumeurs malignes du naso-pharynx ? Nous venons de voir que la mort était la règle, la guérison l'exception. Mais selon que la tumeur a une marche rapide, envahissante, le pronostic est sombre à brève échéance et les tentatives de traitement restent souvent vaines. L'âge lui-même doit être à considérer. La terminaison fatale sera, en effet, rapide chez les vieillards et chez les tout jeunes sujets.

Si la tumeur a eu un début insidieux, si elle a progressé lentement sans douleur, n'occasionnant pas ou peu de troubles, si elle n'est pas ulcérée et ne s'accompagne pas d'adénopathie, si, en un mot, elle offre au chirurgien quelques chances de réussite dans l'acte opératoire, nous pourrons voir de longues suivies. Nous n'osons pas prononcer le mot de guérison, car il est, en effet, très fréquent de constater une recrudescence des premiers symptômes ou l'apparition de symptômes primitivement inexistants à la suite de l'intervention chirurgicale et de voir ainsi une tumeur à évolution lente prendre, dans la suite, une allure rapide et bientôt mortelle.

Diagnostic. — Si, au point de vue de l'effet thérapeutique, il est de grand intérêt pour les médecins de porter un diagnostic précoce, disons, cependant, que la chose n'est pas toujours facile.

Nombreux sont les cas où les malades se présentent à nous quand le processus néoplasique s'est déjà propagé aux régions avoisinantes, s'attaquant déjà au squelette lui-même. Nous établirons le diagnostic

sur les signes subjectifs, les signes objectifs, l'évolution, l'examen microscopique enfin.

Signes subjectifs. — Nous savons qu'au stade du début toute tumeur maligne se manifeste par des indices insidieux et trompeurs. Les premiers symptômes d'un néoplasme du cavum peuvent se traduire par une insuffisance respiratoire, une adénopathie à peine perceptible, des épistaxis ou un catarrhe chronique.

La rhinoscopie antérieure, la rhinoscopie postérieure, le toucher, la pharyngoscopie surtout, l'examen complet du nez et de ses annexes, en un mot, devra être systématiquement pratiqué chez tout malade présentant des troubles, en apparence peu importants. La difficulté du diagnostic est grande, précisément au début.

Mais c'est à la période d'état que le diagnostic doit être formulé. A ce moment, les symptômes primitifs que nous avons signalés sont plus accusés, leur intensité augmente, l'otalgie, la douleur occipitale s'installent ; les sécrétions fétides du nez, l'élimination de fragments néoplasiques produite par l'ulcération de la tumeur forcent l'attention.

Signes objectifs. — Il est nécessaire, pour faciliter l'examen, de faire au préalable des applications de cocaïne-adrénaline, afin d'obtenir à la fois l'anesthésie, l'hémostase et la rétraction de la muqueuse. La rhinoscopie antérieure pratiquée, la première nous révèlera l'obstruction d'une choane, ou des deux à la fois. Le siège de la tumeur sera indiqué par la rhinoscopie postérieure et le toucher déterminera enfin le point d'implantation exact de la tumeur et son étendue.

Les signes du début ne pouvaient nous faire pen-

ser qu'à l'existence probable d'une tumeur dans le nez ou dans ses annexes.

Les signes physiques nous donnent la certitude que la tumeur existe, qu'elle siège dans le naso-pharynx et qu'elle est bien la cause directe des phénomènes observés.

Les différents modes d'investigation : les rhinoscopies antérieure et postérieure, le toucher, la pharyngoscopie nous permettront d'affirmer l'existence de la tumeur ; seule, la biopsie nous fixera sur la nature maligne du néoplasme.

Pendant le stade d'envahissement du néoplasme, nous sommes amenés à faire le diagnostic des diverses complications. Nous avons noté précédemment les déformations de la face consécutives à l'envahissement néoplasique des sinus maxillaires, nous pouvons avoir aussi d'autres réactions du côté viscéral et ces réactions seront un indice de l'extension de la tumeur aux reins, au foie, etc. (hématuries, ictère). Nous ne négligerons pas de signaler le diagnostic de prolongement du côté de l'encéphale, car ce sont eux que l'on observe le plus communément. Ces troubles seront parfois méconnus dans les formes frustes par envahissement lent ; ils seront souvent à peine soupçonnés. Dans ce cas, il faudra toujours s'inquiéter, quand on sera en présence des signes toujours excellents qui se traduiront par des vomissements et de la douleur profonde, encéphalalgie tenace, sans rémission, rebelle à toute médication.

La tumeur ou les adénopathies qui en dépendent peuvent produire des phénomènes de compression analogues à des troubles d'origine centrale (myosis, atrophie de la papille). Souvent le praticien, faute de signes apparents, est réduit à avoir de simples présomptions sur l'existence des prolongements intra-

crâniens d'une tumeur; d'autres fois, au contraire, son examen lui procure des indices qui lui en donnent la certitude. Ces indices seront : l'hemianopsie par lésions des bandelettes optiques, la surdité subite associée à une paralysie faciale complète par lésion simultanée de l'acoustique et du facial à leur entrée dans le conduit auditif interne.

Diagnostic différentiel. — La forme nasale du début ne doit pas nous induire en erreur. Par la rhinoscopie antérieure, on éliminera le coryza chronique, la rhinite hypertrophique, les polypes, par l'absence de tous signes qui leur sont caractéristiques. Par la rhinoscopie postérieure, on pourra reconnaître les queues de cornets pseudopolypeuses symétriques, séparées par un sillon médiane permettant, par le toucher, d'atteindre le bord supérieur du vomer.

Les épistaxis répétées, le catarrhe naso-pharyngien rebelle, l'adénopathie cervicale rétro-pharyngienne ou carotidienne peuvent avoir pour cause une tumeur maligne du naso-pharynx.

Diagnostic différentiel avec les autres tumeurs. — *a) Avant l'ulcération.* — Avant l'apparition d'ulcérations, le sarcome ou l'épithéliome peuvent en imposer pour des tumeurs bénignes.

Le diagnostic, à ce stade, ne pourra être fait qu'à l'aide des signes subjectifs des tumeurs malignes, signes qui sont, le plus souvent, d'ordre mécanique. Un épithéliome sera révélé par une otalgie violente, une céphalée intense qui se manifeste d'une manière très précoce.

Le sarcome présente souvent un aspect mamelonné, végétant, parsemé de points rouges ou violacés sur un fond blanc grisâtre. Le toucher donne la sensation d'une consistance molle uniformément ou présentant

de place en place des îlots durs, élastiques, chondroïdes. L'épithéliome est bien limité quant à ses contours ; il est multilobulé et sa couleur est uniforme.

Il peut être mou ou induré dans toutes ses parties, suivant la variété histologique à laquelle il appartient. Précoce est la métastase adénopatique.

1° Le fibrome naso-pharyngien présente une surface lisse, rosée. Le toucher fait sentir une consistance ligneuse et une base d'implantation étalée. On lit dans les traités classiques, que ces tumeurs ont pour siège d'élection un point spécial constitué par la face postérieure de l'apophyse basilaire de l'occipital. Ce point d'implantation quasi exclusif semblerait, dans bien des cas, favoriser un diagnostic. Il n'en est cependant rien. C'est ainsi que nous voyons dans Moure et Brindel tous les cas observés contredisant cette assertion : « Nous avons trouvé le point d'implantation toujours large au voisinage des choanes, sur la cloison, le sphénoïde, sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, sur la cloison de la fosse nasale, mais jamais au point indiqué par les auteurs (Sebileau, Sieur et Revillois, Jacques, de Nancy, *Soc. de chirurgie*).

L'âge du malade peut aider à le faire diagnostiquer, car c'est une « affection de l'adolescence ». Le même aspect peut être représenté par une variété de sarcomes fasciculés de consistance dure et surface lisse L'examen histologique seul permet, dans ce cas, d'éclairer le diagnostic.

2° Les polypes fibro-muqueux des choanes sont pédiculés et mobiles ; leur forme est ovoïde.

3° L'enchondrome est extrêmement rare ; il sera reconnu par sa forme arrondie, par sa consistance presque osseuse, par sa lente évolution et surtout par son manque de prolongements.

4° La gomme syphilitique non ulcérée, à l'inverse du sarcome, ne donne jamais d'adénopathie, mais présente les mêmes caractères physiques. La difficulté sera tranchée par le traitement spécifique.

5° Le tableau du phlegmon périamygdalien sera plus solennel ; son évolution rapide se manifeste par de l'hyperthémie, par de la douleur et par un grand retentissement ganglionnaire.

6° L'abcès froid de la voûte (Ardenne) donne au toucher la sensation de fluctuation et le pus sourd facilement.

7° L'aspect rosé, la sensation molle en paquets de vers des végétations adénoïdes ont pu quelquefois donner le change dans le cas de tumeurs bourgeonneantes et molles.

8° Le papillome a un aspect chagriné et villeux

9° Les kystes sont lisses et rappellent assez l'aspect de gros grains de raisin blanc.

b) *Après l'ulcération.* — L'épithéliome qui est fongueux s'ulcère d'une façon très précoce. Il sera distingué du sarcome en ce qu'il est recouvert d'un enduit muco-purulent, qu'il porte une ulcération, et qu'il est toujours accompagné d'adénopathie.

Il arrive quelquefois que le sarcome peut, lui aussi, s'ulcérer. Le diagnostic est extrêmement difficile et n'est alors basé que sur l'examen histologique d'un fragment prélevé.

Nous pouvons dire, sans crainte de nous tromper, que les tumeurs de la région latérale du naso-pharynx sont généralement des épithéliomes. Avant la période préantiseptique on notait souvent une affection rare aujourd'hui : le chancre des auristes. Celui-ci ne sera diagnostiqué que si des accidents secondaires ont fait leur apparition. La gomme ulcéreuse dif-

fuse sera différenciée du sarcome ou de l'épithéliome par la couleur rouge sombre des parties voisines, par ses bords taillés à pic surplombant une cuvette à fond jaunâtre. Le traitement spécifique, nous l'avons dit, établira le diagnostic.

La tuberculose du cavum présentera à la périphérie de la perte de substance des points gris ou jaunâtres. Les bords de l'ulcération seront déchiquetés, décollés, la muqueuse est pâle et le microscope pourra déceler la présence du bacille de Koch.

Le lupus primitf du voile ou du nez peut s'étendre secondairement au rhino-pharynx ; il présente des lésions superficielles, ronge lentement les tissus, et ce n'est que très tard que la perte de substance devient notable.

Le diagnostic de morve reposera sur les anamnesques du début. Ce sont la fièvre, frisson, douleurs articulaires, manifestations cutanées, épidémie, profession. Un signe qui a beaucoup de valeur en faveur de la morve et que nous nous garderons bien d'omettre, c'est la présence de nodules rougeâtres devenant rapidement pustuleux, puis ulcéreux. Malheureusement, les malades se présentent après ce stade, mais nous aurons toujours la facilité de rechercher, dans les sécrétions, le bacille de Capitan et Bouchard qui, inoculé au cobaye, provoquera chez lui une orchite spécifique.

Enfin notons une affection excessivement rare du pharynx : l'actinomicose.

Quand elle siège dans le naso-pharynx, elle est souvent consécutive à celle du maxillaire supérieur et, comme Bérard et Poncet l'ont observée, elle se manifeste par une rhinorrhée caractéristique. Ce pus peut contenir les grains jaunes de l'actynomicès.

Les tumeurs leucémiques seront diagnostiquées ai-

sément par les accidents généraux et par la formule leucocytaire, qui viendra quelquefois apporter son appui.

Il nous reste enfin un mot à dire des tumeurs rares.

De Grecco a observé un cas de dégénérescence du ganglion de Gasser avec pénétration dans le rhino-pharynx, ce qui pouvait faire penser à une tumeur de cette région.

Clarke a vu une tumeur de l'hypophyse : Cooper un syphilome de la fosse ptérygopalatine ; Bucquoi un kyste hydatique de la base ; Zuckerkandl nota une tumeur encéphalique pénétrant dans le pharynx nasal. Enfin, Baltimore extirpa du naso-pharynx d'un individu une huitre qui s'y était fourvoyée et qui lui a fait poser le diagnostic de carcinone. Clauss extirpa chez un enfant de 3 mois, un tératome naso-pharyngien. Jacques a observé, tout récemment, dans la clinique otologique de la faculté de Nancy, un cas de sarcome extra-duremerien de la base du crâne propagé au cavum (avril 1911).

Quand le diagnostic d'une tumeur sera posé, il est indispensable de se rendre exactement compte du point de départ de cette tumeur, afin d'éliminer celles pouvant provenir du sinus sphénoïdal ou de la partie postérieure des fosses nasales.

Traitement. — Nous n'avons pas l'intention, ici, de faire toute l'étude historique du traitement des tumeurs malignes du naso-pharynx. Ce serait, en effet, remonter trop loin, puisqu'il nous faudrait aller jusqu'à Galien pour le voir extirper, à l'aide de crochets, les polypes du naso-pharynx. Nous n'envisagerons ici que les divers traitements actuellement en faveur auprès des spécialistes et des chirurgiens. Nous ne ferons même que citer pour mémoire les divers trai-

tements médicaux jusqu'ici employés, s'adressant soit aux injections intersticielles d'alcool avec Reich, soit aux injections d'adrénaline avec Rhodes, ou de formaline avec J.-Francis Quinlan, soit au traitement arsenical avec Heymann, bien que ces auteurs aient cité des cas heureux à la suite de ces divers traitements.

Les agents physiques eux-mêmes ont été employés et le sont encore actuellement, étant parfois l'aboutissant d'une intervention chirurgicale primitive. C'est ainsi que certains auteurs ont recours à l'électrolyse pour enrayer le processus de néoformation. Les rayons de Roentgen ont également été employés. Enfin, on expérimente en ce moment le radium, mais cette question est encore à l'étude et il ne nous est encore pas possible d'en donner les résultats.

Actuellement, la thérapeutique des tumeurs malignes naso-pharyngiennes est surtout une thérapeutique d'éxérèse, du moins dans la limite où le permet l'état d'envahissement du naso-pharynx. Mais dire thérapeutique chirurgicale n'est pas dire un procédé, car nombreux, en effet, sont les modes d'intervention employés.

Dans sa thèse de 1908, Schliebs de Greifswald considère deux cas : 1° celui où l'ablation de la tumeur peut se faire en empruntant les voies naturelles, bouche ou fosses nasales ; 2° celui où l'extirpation peut être précédée d'une opération préliminaire.

Le premier cas ne convient surtout que lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de petit volume, bien pédiculée, facilement accessible.

Quand l'extirpation de la tumeur nécessite une opération préparatoire, quatre procédés peuvent être utilisés. Ce sont : 1° la voie nasale ; 2° la voie buccale ; 3° la voie faciale ; 4° la voie pharyngienne.

De nos jours, on abandonne de plus en plus les mé-

thodes nasales, car on leur reproche, avec juste raison, de n'offrir qu'un champ opératoire des plus limités, ne permettant pas au chirurgien de bien voir ce qu'il fait et aussi par le fait même qu'elles ne sont pas à l'abri des dangers d'hémorrhagies.

Des méthodes buccales, deux surtout continuent de conserver la faveur des chirurgiens allemands. Ce sont celles qui procèdent de la technique de Kocher ou de Partsch. Lanz a décrit l'opération de Kocher, qui consiste à sectionner, jusqu'à la narine, toute la lèvre supérieure, à inciser ensuite au-dessus du rebord alvéolaire la muqueuse buccale et à séparer au couteau les deux maxillaires supérieurs. Le voile du palais et la voûte osseuse sont incisés en leur milieu et l'on écarte les deux maxillaires ainsi sectionnés. Il est alors possible de bien inspecter toute la cavité nasale. Mais on reproche à ce procédé d'offrir le danger constant d'une forte hémorrhagie, quelquefois suffisante pour faire tomber le malade dans un collapsus rapide, empêchant de mener plus avant l'opération.

On lui reproche aussi la possibilité d'une aspiration du sang. Mais, en ce qui concerne ce dernier danger, disons de suite qu'il peut être écarté : 1° en mettant le malade dans une position telle que le sang ne puisse passer dans la trachée (position de Rose).

2° En n'employant qu'une demi-anesthésie permettant de conserver le réflexe pharyngien.

3° En employant une trachéotomie préalable avec ou sans tamponnement du larynx.

La méthode de Partsch, employée dans ces dernières années, est la suivante : incision de la muqueuse buccale passant au-dessus de l'arcade dentaire du maxillaire supérieur et s'étendant de la deuxième molaire droite à son homonyme du côté opposé. Les

parties molles sont réclinées de façon à mettre l'os à nu. La narine est ensuite ouverte en avant, en détachant la muqueuse du sinus piriforme. On récline les parties molles fortement en haut et en dehors ; enfin on sectionne, à l'aide d'un couteau large introduit dans la plaie, la cloison et les parois antérieures et externes des sinus maxillaires, puis se servant de la portion postérieure du corps du maxillaire supérieur comme de charnière, on relève le lambeau osseux ainsi formé, se ménageant un espace suffisant pour atteindre la tumeur à enlever.

La voie buccale est employée par Gussen Boer. Sa méthode consiste à faire, sur la ligne médiane, une incision de la muqueuse palatine et de son périoste, à décoller, comme dans l'uranoplastie, les deux lambeaux ainsi formés et à sectionner au couteau la voûte osseuse du palais sur une longueur variable, aussi grande qu'il est nécessaire. Ces effondrements partiels ou totaux de la voûte palatine osseuse sont rapidement comblés par le revêtement périosté, donnant ensuite naissance à du tissu osseux de néoformation. Cette méthode n'est plus employée.

Dans sa thèse inaugurale, le docteur Duverger a exposé une nouvelle voie d'accès sur le naso-pharynx. Cette voie, qui emprunte à la fois les fosses nasales et le massif du facial préalablement réséqué a été employée, en France, par le docteur J.-L. Faure.

C'est cependant au professeur Moure, de Bordeaux, que l'on doit avoir tracé et fixé les divers temps de cette opération nommée à juste titre « voie transmaxillo-nasale de J.-L. Faure et Moure et Sebileau (Société de chirurgie, Paris).

La technique opératoire de cette intervention comporte quatre temps.

Premier temps. — Incision des parties molles.

1° Incision verticale. — Partant de l'épine nasale du frontal, en suivant l'angle interne de l'œil, le sillon naso-génien et contournant l'aile du nez, de manière à pouvoir rabattre complètement cet organe sur le côté. Les os propres du nez, la branche montante du maxillaire supérieur et la fosse canine sont dénudés à la rugine.

2° Incision horizontale. — Perpendiculaire à la première, suivant le rebord de l'orbite, à un demi-centimètre environ au-dessous, partant de l'angle interne de l'œil où elle joint l'incision verticale pour finir vers la tubérosité antérieure du malaire, mise à nu par rugination de la face antérieure du maxillaire supérieur.

Deuxième temps. — Résections osseuses, après avoir récliné avec soin le canal nasal membraneux, afin de ne pas avoir de fistule externe.

Première section osseuse. — Section verticale à la gouge, au point où l'apophyse orbitaire du malaire vient s'unir à l'apophyse malaire du maxillaire supérieur ; cette section est perpendiculaire au grand axe de l'orbite et se prolonge, en passant par la fosse canine, jusqu'au rebord alvéolaire. On pénètre ainsi complètement dans le sinus maxillaire.

Deuxième section osseuse. — Section horizontale dans le sens antéro-postérieur. A l'aide de la cisaille, dont l'un des mors passe dans le sinus, l'autre dans les fosses nasales, on détache la paroi externe des fosses nasales ou paroi intersinusienne de son insertion sur le plancher, et, du même coup, on enlève le cornet inférieur qui s'y trouve inséré.

Troisième section osseuse. — Résection de l'os propre du nez, de l'os unguis.

On a ainsi mis à nu toute la cavité des fosses nasales, et le sphénoïde n'est plus masqué que par le cornet moyen que l'on enlève aisément à la pince coupante, ou encore avec la pince double gouge.

Troisième temps. — Ablation de la tumeur.

A l'aide de la curette tranchante et de la rugine ou du doigt, on détache les insertions de la tumeur, on en suit les prolongements, s'il y a lieu, dans toutes les anfractuosités du naso-pharynx, dans le sinus maxillaire souvent envahi, le sinus sphénoïdal, les masses latérales de l'ethmoïde, au besoin la fosse ptérygo-maxillaire. On peut, si l'on veut, terminer par une cautérisation au thermo-cautère.

Quatrième temps. — Sutures. Pansements.

La vaste cavité sinusienne et la cavité naso-pharyngienne elle-même sont bourrées avec une longue mèche de gaze iodoformée, et la plaie cutanée est suturée à points séparés au crin de Florence. Ici encore, il faut prendre de grandes précautions en vue d'obtenir une cicatrice aussi parfaite que possible, surtout par la réunion de l'aile du nez, qui a ici un intérêt plastique de premier ordre.

La mèche de gaze, dont le bout central est muni d'un fil qui l'empêche de choir dans le naso-pharynx, peut être facilement retirée par la narine. Application d'un pansement sec, enveloppant toute une moitié de la face. Durant l'opération, la position de Rose n'est pas employée ; on se contente de mettre un tampon de gaze dans le naso-pharynx, tampon que l'on peut remplacer facilement.

Cette opération est dirigée :

1° En premier lieu et surtout contre les tumeurs

malignes de l'arrière-cavité des fosses nasales, du corps du sphénoïde et aussi des autres parties du naso-pharynx.

2° Egalement contre certains polypes naso-pharyngiens très vascularisés et très largement insérés.

3° Enfin, quoique plus rarement, contre certaines sphénoïdites fongueuses, rebelles à tout traitement et dont la ténacité pourrait faire craindre des accidents du côté de la base du crâne.

Dans le cas de tumeurs malignes, en effet, c'est la voie par excellence si l'on veut faire une extirpation aussi complète que possible. (Thèse de Duverger, Bordeaux, 1905.)

L'opération la plus récente pour l'ablation des tumeurs du naso-pharynx est la pharyngotomie sus-hyoïdienne transverse.

D'abord destinée avec Grunwald, Van Hacker, Spisarny et Fédoroff, à donner une voie d'accès pour atteindre les tumeurs malignes de la base de la langue et des amygdales, cette opération fut préconisée et pratiquée, pour la première fois, par Hoffmann, pour l'extirpation des tumeurs du naso-pharynx.

Le malade étant placé en position déclive, la tête légèrement inclinée en arrière, on fait une incision transversale longue de douze centimètres au-dessus de l'os hyoïde. Les muscles mylo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens et hyoglosse sont ensuite sectionnés à une certaine distance de l'os hyoïde. Les deux glandes sous-maxillaires sont réclinées en arrière ; le nerf grand hypoglosse et les artères linguales sont reconnus, afin d'être évités. Puis on détache les insertions hyoïdiennes du tendon intermédiaire du digastrique. On est alors sur la muqueuse pharyngienne, que l'on incise transversalement. Mais cette plaie est peu béante, car l'os hyoïde est encore maintenu en place

par les muscles style-hyoïdiens. On place ensuite des écarteurs sur la base de la langue et sur les côtés, sur les parois latérales du pharynx, de façon à obtenir une dilatation considérable du conduit pharyngien, permettant à l'opérateur de bien voir tout le naso-pharynx, la face antérieure des premières vertèbres cervicales, l'amygdale pharyngienne et les orifices tubaires.

Il est un procédé que nous nous permettons personnellement d'indiquer, procédé qui ne semble pas avoir été employé pour l'opération du cancer naso-pharynx. C'est celui qui consisterait à faire la résection définitive du maxillaire supérieur, qui permettrait de surveiller les récidives au prix de déformations faciales très acceptables lorsqu'il s'agit de traiter une affection aussi grave que le cancer du naso-pharynx.

De toutes ces différentes méthodes, il serait difficile de dire quelle est la meilleure et, pour notre part, nous ne croyons pas que l'on doive choisir formellement un seul de ces modes opératoires et ne s'en tenir qu'à lui seul. Chacun d'eux, en effet, trouve ses indications dans l'état tant anatomique que pathologique du malade.

C'est ainsi, et tous les praticiens, nous le croyons, agiraient de la sorte, c'est ainsi que nous nous garderions d'employer, malgré les brillants résultats obtenus par le professeur Moure, le docteur J.-L. Faure et Sebileau d'une part, et les chirurgiens allemands d'autre part, la méthode trans-maxillo-nasale ou la voie pharyngienne, dans le cas de tumeurs facilement accessibles.

Ainsi donc toutes ces méthodes restent à la disposition du chirurgien, s'offrant respectivement à son choix, le laissant maître de tel ou tel procédé.

INDICATIONS OPERATOIRES

L'indication opératoire sera évidemment justifiée chaque fois que le médecin aura la conviction de ne pas faire plus de mal que de bien. Cette vérité, que semblerait vouloir nous envier M. de La Palisse, n'a peut-être pas toujours été observée. A notre avis, toute tumeur du naso-pharynx, quelle que soit sa nature, doit être extraite le plus largement possible, de façon à ne point laisser traces de tissus néoformés et l'on comprendra aisément que seul un diagnostic précoce et sûr pourra permettre d'agir et d'agir efficacement. Il faut, en effet, que la tumeur n'ait pas atteint un trop grand volume, qu'elle ne se soit pas généralisée à toute la région pharyngienne, qu'elle n'ait pas poussé de prolongements intracrâniens, pour que le résultat de l'éxérèse soit suivi d'effets heureux ; car si nous avons vu des malades survivre longtemps sans récidive, après un traitement chirurgical institué dès le début de la maladie, combien aussi avons-nous vu de malheureux venir trop tard chercher un apaisement à leur mal et ne trouver, avec un calme momentané peut-être, une mort plus rapide.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Sarcome du Cavum

(Grunwald-Laurens, *Atlas-manuel des maladies de la bouche et des fosses nasales,* 1903).

Une femme de 56 ans se plaint depuis 8 à 15 jours, paraît-il, d'obstruction nasale avec écoulement. La rhinoscopie antérieure ne dénote rien d'anormal, les extrémités postérieures des cornets seules paraissent un peu hypertrophiées.

Le cavum est occupé par une masse rosée, légèrement bosselée, affleurant les bourrelets tubaires. Au toucher, on sent une tumeur molle, légèrement friable saignant très facilement.

Les renseignements fournis par la malade sont peu exacts ; elle ne s'est aperçue de son affection, qui datait en réalité depuis longtemps, que lorsqu'il y a eu obstruction complète. Cette tumeur qui envahit les régions voisines et tend à se ramollir est un néoplasme de nature maligne, datant au moins depuis 6 mois. Une biopsie fournit le diagnostic histologique : c'est un sarcome de l'espace naso-pharyngien.

OBSERVATION II

Tumeur maligne du naso-pharynx chez une petite fille de 3 ans 1/2

(J. Brault (Alger, 1898)

S... Louise, âgée de 3 ans 1/2, est une petite fille blonde,

ayant joui d'une très bonne santé jusqu'en ces derniers temps ; il n'y a pas d'antécédents héréditaires précis.

Il y a un peu plus de 3 mois, la mère s'aperçut que l'enfant respirait mal ; quelques semaines plus tard, elle la faisait voir à un médecin qui pratiquait une opération dans la gorge ? Il m'a été impossible d'avoir des renseignements précis sur cette intervention.

Actuellement, la petite fille présente une déformation extrême de la face ; il existe une exophtalmie considérable à droite, le canal lacrymal est envahi, la joue du même côté est gonflée et s'arrondit en pomme (la fosse zygomatique paraît envahie) ; à gauche, l'œil est larmoyant : le nez est considérablement aplati, élargi et comme écrasé ; c'est bien le « frog face », la face de grenouille.

A distance, s'il ne s'agissait pas d'une fille, l'on pourrait se croire en présence d'un polype naso-pharyngien ayant envahi les cavités de la face. La parole est indistincte, il y a du nasonnement très marqué, la déglutition est gênée, enfin il existe une dyspnée très intense principalement durant le sommeil. C'est ce dernier symptôme qui a effrayé la mère et l'a conduite à chercher du secours à l'hôpital.

La rhinoscopie postérieure est inutile, le voile du palais est très refoulé en avant et bombe d'une façon extrême, il vient pour ainsi dire au contact de la portion verticale de la langue. La tumeur rosée, irrégulière, déborde dans le pharynx et le toucher digital permet d'apprécier les différents détails désirables. Le néoplasme volumineux et irrégulier, de consistance un peu plus ferme que les adénoïdes, remplit tout le cavum et se dirige vers les fosses nasales (1), il semble s'implanter surtout sur la partie haute de la paroi postérieure.

La rhinoscopie antérieure comme la postérieure est superflue ; il suffit, en effet, d'épater légèrement le nez pour apercevoir dans les deux narines les prolongements antérieurs de la néoplasie.

Je dois ajouter que je n'ai jamais pu me rendre compte

(1) D'après les déformations constatées tout l'orbite droit est envahi.

de l'anesthésie du pharynx signalée dans certains cas. Il n'y a cependant pas de ganglions cervicaux et le toucher pharyngien ne m'a pas permis de rencontrer d'adénite rétro-pharyngienne appréciable.

Il n'y a pas de troubles cérébraux manifestes. D'après les renseignements fournis par la mère, à aucun moment il n'y a eu d'hémorragie véritable, notre examen n'en provoque pas non plus ; l'enfant, toutefois, est très fatiguée ; elle ne s'alimente pas, enfin la dyspnée surtout est impérieuse.

En fait de diagnose différencielle, il n'y a guère de doute, en raison de l'âge, du sexe, l'on ne peut s'arrêter à l'idée d'un polype naso-pharyngien, d'ailleurs presque tous les signes sus-nommés jurent avec cette hypothèse tout à fait improbable.

Les végétations adénoïdes ne se développent pas avec cette rapidité ; elles n'envahissent pas d'habitude les cavités de la face, il n'en est de même de toutes les autres tumeurs bénignes de l'arrière-cavité des fosses nasales. Le diagnostic très probable est donc celui de sarcome ayant pris naissance au niveau de l'amygdale pharyngienne, c'est à cette idée que je m'arrête après l'examen pratiqué devant les élèves.

A mon avis, il n'y a rien à faire, en raison de la diffusion extrême de ce processus malin qui enlève toute chance d'iradication complète, même au prix d'une affreuse mutilation. Mais j'avais compté sans la mère qui me supplie de soulager au moins son enfant qui ne peut plus rien avaler et qui asphyxie. C'est alors que je me décide à tenter quelque chose qui pourra au moins compter comme un palliatif.

Opération, 2 mai 1897. — L'enfant est placée en position de Rose, la langue est saisie et c'est avec beaucoup de précautions que nous administrons le chloroforme. A peine ai-je introduit mon doigt pour guider les ciseaux (car j'ai l'intention de me servir du procédé rapide de Doyen, au moins pour la partie principale de la tumeur), que l'asphyxie se produit, l'enfant est en état de mort apparente ;

pendant que mes aides font la respiration artificielle, je pratique la trachéotomie rapide en un temps. La respiration se rétablit au bout de quelques minutes et je puis continuer. Je fends le voile du palais et j'arrive sur la tumeur qui adhère non seulement à la paroi postérieure, mais encore au vomer et au pourtour des choannes. J'en coupe la plus grande partie aux ciseaux, puis je nettoie, je curette tout ce qui se trouve dans le cavum et dans les fosses nasales.

Bosworth, dans un cas moins grave, a obtenu une guérison en prévenant à plusieurs reprises, dans une observation analogue, mais sur un sujet adulte ; Mulfarth a fait comme nous une opération palliative ; ici, c'est tout ce que l'on pouvait demander : rétablir pour quelque temps la respiration et permettre la déglutition.

Les procédés lents, la ligature des carotides (Bryant, Ledemau, Jarris, etc.) ou les injections interticielles d'alcool n'étaient pas de mise ici, il fallait agir au plus tôt.

Les suites de notre opération furent très simples ; au bout de 8 jours, j'enlevai la canule sans inconvénient. La petite fille, sensiblement améliorée, avale et respire facilement ; la mère, satisfaite, l'emmène peu après. Je quitte moi-même le service à ce moment ; je n'ai pu suivre l'observation au delà de ces quelques jours.

Examen histologique. — La coupe de la tumeur montre qu'il s'agit d'une sorte de tumeur mixte ; par place, on croirait se trouver en face d'un fibro-myxome ; par d'autres points, et ce sont les plus nombreux, l'on ne rencontre plus que du sarcome globo-cellulaire avec quelques travées fibreuses.

Qu'il nous soit permis, en terminant, d'insister sur les points les plus intéressants de notre relation :

1° Le jeune âge de notre sujet, 3 ans 1/2, ce fait est à rapprocher d'une observation analogue de Scheinmann qui vit un sarcome chez une fillette de 4 ans. C'est l'exemple mentionné dans la première enfance, si l'on s'en rapporte à la thèse récente de Monbouyran ;

2° La déformation très marquée du visage (frog face) qui est un signe très rare dans les tumeurs malignes et se rencontre de préférence dans les polypes naso-pharyngiennes ;

3° La présence des parties fibro-myxo mateuse côte-à-côte avec le sarcome.

C'est à se demander s'il ne s'agissait pas là de transformation primitivement bénigne (fibro-myxome) ; l'on a signalé une transformation semblable pour les tumeurs adénoïdes (Roncalli Carter), ainsi que cela est indiqué dans la thèse de Monbouyran.

(*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1898, page 477).

OBSERVATION III

Polype naso-pharyngien fibro-sarco-enchondromateux. Extirpation ; mort dans le collapsus

(Beco, Liège)

Jeune homme de 15 ans 1/2, présenté à la Société en 1904, puis en 1905, porteur d'une tumeur sénile, occupant le côté gauche du cavum, obturant la narine gauche.

Vaines tentatives d'arrachement par les voies naturelles ; nombreuses séances d'électrolyse de haute intensité. Diminution du néoplasme dans les points attaqués, mais progrès par sa périphérie. Exophtalmie ; déformation de la moitié correspondante de la face.

Opération par la face avec le concours d'un chirurgien général, vue les difficultés redoutées de l'exérèse.

Incision de Nélaton ; dissection de la joue ; extirpation des prolongements faciaux, temporaux, ptérygo-maxillaires. La voie sinuso-maxillaire, d'abord suivie, semblant insuffisante pour la désinsertion de la base, résection complète et définitive du maxillaire supérieur. Difficultés de désinsérer la tumeur, qui était fixée à presque toute la surface du cavum.

Pas d'incidents opératoires autres que les arrêts habituels nécessités par la narcose et la gêne respiratoire momentanée.

Mort dans le collapsus quelques heures après l'opération.

L'auteur est partisan de l'extraction par les voies naturelles lorsqu'elle est possible ; à défaut de cela, il conseille l'électrolyse à haute dose. Si celle-ci se montre insuffisante, il faut attaquer la base de la tumeur à travers la face. Béco donne la préférence à la voie sinuso-nasale, que les spécialistes ont imaginée, ou bien à la résection temporaire du maxillaire. Au besoin, et surtout si la tumeur renferme des éléments histologiques malins, ne pas hésiter à sacrifier le maxillaire.

Il pense que la trachéotomie préalable est avantageuse parce qu'elle assure la narcose et la respiration et qu'elle augmente ainsi les chances de succès.

OBSERVATION IV

Traitements des tumeurs malignes du naso-pharynx

(Résumée)

(Francis-J. Quinlan, M. D. New-York)

(*The Laryngoscope*, mai 1903)

Après un long historique de la question, l'auteur arrive aux déductions suivantes :

Les différents types de tumeurs malignes du cavum peuvent se ramener à trois : le fibrome, le sarcome, le cancer proprement dit. Le fibrome se comporte souvent comme une tumeur maligne et parfois d'ailleurs présente dans sa structure des noyaux sarcomateux.

Le sarcome a une tendance moyenne aux métastases ganglionnaires et parfois viscérales. Parfois même, il s'accompagne d'une véritable cachexie. C'est une variété rare de tumeur maligne. Quand au cancer, on a décrit des cas

d'épithélioma : le type le plus fréquent est l'adéno-carcinome.

Les différents procédés de traitements dont on dispose sont :

1° L'injection de : arsenic, alcool, formaline dans la tumeur ;

2° L'électrolyse (Solis Cohen) ;

3° L'extirpation par les voies naturelles ou artificielles ;

4° La ligature des vaisseaux nourriciers ; l'auteur préconise comme un excellent procédé, la ligature et l'excision de la carotide externe et de ses branches ;

5° L'usage des rayons de Rœntgen.

Le pronostic est excessivement grave, le meilleur moyen d'en diminuer le pronostic serait de dépister la nature maligne de toute affection naso-pharyngienne par un examen histologique précoce.

(*Annales des mal. de l'oreille, pharynx*, Lermoyez, Sébileau, Lombard, février 1905, n° 2).

OBSERVATION V

Deux cas de cancer primaire du rhino-pharynx

(Schmiegelow, Soc. danoise d'oto-laryngologie, mars 1905)

Le cancer, dans le premier cas, appartient probablement à l'os sphénoïdal. Il a été reconnu quand, après résection de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, le néoplasme s'est établi sur le toit du cavum. Les premiers symptômes étaient un céphalée, diplopie et paralysie du moteur oculaire externe de l'œil gauche. Dans le deuxième cas, le malade, un jeune homme de 27 ans, se présente le 13 novembre 1901 accusant une surdité à gauche et de l'épistaxis. On fait la résection du cornet inférieur et constate un catarrhe de l'oreille moyenne gauche. Le 28 février 1902, on constate de la céphalée et une immobilité de l'articulation maxillaire gauche. On trouve dans le cavum une

tumeur qu'on reconnaît être un carcinome. Schmiegelow insiste sur la difficulté du diagnostic au début.

OBSERVATION VI

Carcinome à cellules fusiformes dans le cavum. — Opération. Guérison. La tumeur a été enlevée à l'anse chaude. Le malade était âgé de 25 ans.

J. Môller a actuellement un fibrosarcome du rhinopharinx en traitement, qui lui paraît inopérable à cause de l'exophtalmie existante. Il essaie, mais sans succès, l'électrolyse jusqu'à 15 M. A.

(*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, Lennoyez, Sibileau, Lombard, nov. 1905, n° 11).

OBSERVATION VII

Dégénérescence tardive d'un fibrome naso-pharyngien avec métastase tyroïdienne

(Jaboulay, de Lyon)

La tumeur a évolué d'une façon apparente seulement à l'âge de 50 ans. Elle ne s'était manifestée à l'âge de 15 à 20 ans que par des épistaxies spontanées abondantes et répétées ayant nécessité plusieurs tamponnements des fosses nasales.

Au moment où le malade est vu (par l'auteur), il était déjà trop tard pour tenter une intervention quelconque. La face est complètement déformée ; exophtalmie, rejet des globes oculaires en dehors, perte presque absolue de la vue, tuméfaction de la joue gauche et du nez rejeté du côté droit. Mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est l'envahissement du corps thyroïde par un goître é-

nitent et kystique dans sa partie centrale. Double chaîne ganglionnaire latéro-cervicale. La respiration a depuis quelque temps un timbre rauque avec cornage, avec toux aboyante. Le tube aérien est ramolli.

A l'autopsie, on trouva un ramollissement étendu de la trachée. La tumeur céphalique, avec la coupe aréolaire et vineuse du tissu caverneux, avec implantation basilaire et prolongements dans les cavités de la face. La selle turcique était défoncée, mais le cerveau n'était pas envahi.

L'examen anatomo-pathologique montre que les deux tumeurs avaient les caractères d'un sarcome télangiectasique à petites cellules rondes, sans trace d'éléments thyroïdiens.

(*Gaz. des Hôp.*, n° 113, 1906).

OBSERVATION VIII

Autre cas d'épithélioma naso-pharyngé étendu à toute la voûte palatine et aux sinus sphénoïdaux. Opération.

Otro caso de epithelioma naso-faringeo, extendido a toda la boveda palatina y sinos esfenoidales. Operacion.

(Dr Compaired)

Homme âgé de 58 ans, qui, depuis deux ans, avait vu à peu près sa respiration nasale s'embarrasser. Depuis huit mois, il avait la sensation d'un corps étranger dans son naso-pharynx et il avait remarqué, au centre du palais, une tuméfaction qui avait disparu, laissant à sa place une petite perforation. Quand le malade se présente, il est dans un état de grande faiblesse. Les fosses nasales sont remplies par une tumeur dure, rouge, mamelonnée et saignant facilement. Sur la voûte palatine, on voit une fistule qui paraît communiquer avec le nez. Tout le rhino-pharynx est envahi par le néoplasme. Il n'y a pas traces d'adénite.

L'opération fut très laborieuse et très accidentée. Elle

consista, après avoir récliné le nez au moyen d'une incision dans le sillon naso-génien pour extirper la tumeur qui remplissait les fosses nasales, à réséquer toute la voûte palatine et les portions palatines des maxillaires supérieurs. Chemin faisant, on dut réséquer tout le vomer, l'ethmoïde et des morceaux de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, et même une certaine portion des corps du sphénoïde pour atteindre le néoplasme qui avait envahi les sinus sphénoïdaux. Les suites opératoires furent bonnes. L'état général s'améliora rapidement et il fut possible de placer un appareil prothétique pour améliorer la phonation et la déglutition.

Le malade partit pour Madrid et ne fut plus revu, mais au bout de quelques mois, on apprit qu'il y avait une récidive.

(*El Siglo Med.*, 11 août 1906).

OBSERVATION IX

Sarcome du naso-pharynx. Traitement par les injections d'Adrenaline

(Dr John Edwin-Rhodes, de Chicago)

Jeune femme de 22 ans, vue le 19 janvier 1906. Depuis 3 ans, amygdalites fréquentes. Il y a 5 ans, on lui a enlevé une tumeur sur la paroi postérieure du pharynx qui datait de 7 ans. Il y a 7 mois, coryza et coqueluche ? La tumeur de la gorge, qui avait récidivé lentement, commença à s'accroître rapidement. Elle semble stationnaire depuis deux mois. La tumeur obstruait complètement les fosses nasales ; diminution de l'acuité auditive ; douleurs rétro-cervicales, irradiées vers le vertex ; rhinorrhée profuse, sécheresse de la gorge, etc. Amaigrissement ; perte de 33 livres en 7 mois.

A l'examen, amygdales, luette, voûte palatine, langue, larynx normaux. Une tumeur remplissait le pharynx jusqu'au vestibule du larynx et s'étendait jusque dans le ca-

vum, refoulant le voile en avant. Le pédicule était pharyngé ; la tumeur était de consistance ferme, lobulée, rose pâle ; au-dessus du voile, elle était d'un rouge éclatant ; elle ne saignait pas facilement. Pas d'ulcération. C'était du sarcome à cellules fusiformes. Il y avait de nombreuses cellules lymphoïdes. Ne pouvant intervenir, à cause d'une récidive certaine, je fis des injections quotidiennes d'adrénaline. J'avais une solution composée de :

Chlorhydrate d'adrénaline.....	0 gr. 12
Acide borique.....	0 gr. 60
Chlorétone	0 gr. 025
Eau distillée stérilisée.....	15 grammes

Dix gouttes de la solution contenaient 5 milligrammes d'adrénaline.

Le 25 janvier, injection de cinq gouttes dans la partie pharyngée de la tumeur, qui fut badigeonnée avec la solution au 1/1000e. Au bout de 20 minutes, nausées, mais ni syncope, ni effets sur le pouls.

Le 27 janvier, injection de dix gouttes dans un autre endroit. Le 3e jour, injection à travers la narine droite ; le 4e, à travers la narine gauche. Dès la 2e injection, diminution de la tumeur.

Le 30 janvier, on constatait une rétraction notable. L'acuité auditive était meilleure et la douleur moindre. Sept injections furent faites. La malade entre chez elle. Son médecin lui fit aussi sept injections de 2 milligr. 5. Au bout de dix jours, elle pouvait respirer par la narine gauche. Comme elle présentait des symptômes gastriques et des vomissements, on suspendit la médication. Il survint de la diarrhée qui affaiblit encore la malade.

Elle mourut le 15 mars.

(*Ann. of. otol.*, sept. 1906 ; *Rev. hebdom. de laryng.*, Moure, pages 387-389).

OBSERVATION X

Résection du naso-pharynx par résection temporaire du massif maxillo-malaire

(Résumée)

(Durand, *Lyon Médical*, février 1910)

Homme de 53 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires, entre dans le service de M. Lannois pour lésion du naso-pharynx.

Depuis 7 mois, apparition de douleurs à l'oreille gauche, diminution d'acuité auditive, obstruction de la trompe d'Eustache. Troubles légers de la déglutition, crachats et sécrétions nasales sanieux.

Narine gauche un peu obstruée, la bouche légèrement entr'ouverte, la moitié gauche du voile est abaissée et immobile. Le doigt la trouve dure, mais sans qu'il soit possible de dire si elle était repoussée par une masse surajoutée ou envahie par elle.

Toucher pharyngien impossible. Rhinoscopie postérieure très difficile et incomplète ; on voyait, à gauche, au-dessus du voile, une grosse masse rouge, lisse, sans ulcération.

Diagnostic : tumeur du naso-pharynx.

On décide d'employer le procédé imaginé par J. Roux et pratiqué une seule fois par Fontan (Congrès de chirurgie 1888).

Opération, le 13 novembre. — Anesthésie à l'éther, après injection de 0,02 cgr. de morphine, méthode toujours utile en chirurgie faciale.

Incision de la résection du maxillaire supérieur prolongée en dehors jusqu'à l'attache malaire de l'apophyse zygomatique, incision menée à fond, périoste inclus. Dénudation de la face osseuse du maxillaire, section de l'apophyse orbitaire externe à la scie de Gigli, puis de l'attache malaire du zygoma. Dénudation rapide du plancher de l'orbite. On ne se préoccupe pas des vaisseaux et nerfs sous-orbitaires, section à la cisaille de l'apophyse montante du

maxillaire. L'apophyse palatine est sciée à la scie de Gigli passée à l'aide d'une sonde de Bellocq. Un davier saisit le bord alvéolaire, un ciseau à froid insinué dans la section palatine écarte, par un mouvement de levier, les bords de cette section et le massif malaire bascule en dehors. L'apophyse ptérygoïde est détachée de la base du crâne. Tout l'appareil osseux est largement écarté. On a grand jour sur le naso-pharynx.

Le voile est envahi. Sa moitié gauche est détachée de son insertion au palais osseux à l'aide de quelques coups de ciseaux.

On déclive la paroi latérale du naso-pharynx de la lame interne du ptérygoïde. La trompe d'Eustache est sectionnée contre le rocher. Section du péristaphylin externe et du pilier postérieur du voile. Dénudation de l'aponévrose prévertébrale. En haut, difficulté du décollement de la partie supérieure du cavum de l'apophyse basilaire.

Une pince de Museux saisit la moitié gauche du naso-pharynx comprise entre le plafond et une ligne passant à mi-hauteur de l'orifice oro-pharyngé est emportée. Hémorragie notable. Le malade était en position de Rose. Il ne coule pas de sang dans les voies respiratoires.

Hémostase provisoire à l'aide d'un tamponnement. Restauration. Dans la vaste perte de subsistance ainsi créée, un tampon serré, de volume approprié, est placé. On rabat le massif osseux. Point de suture osseux sur l'apophyse orbitaire externe ; le fil avait été passé dans deux perforations *ad hoc* avant section de cette apophyse. On place une gouttière dentaire de Martin.

Restauration faciale, sutures au crin de Florence de la plaie cutanée. Aucune complication.

L'examen histologique de la tumeur montrait qu'il s'agissait d'un sarcome ayant pour origine le tissu fibreux du naso-pharynx.

OBSERVATION XI

Tumeur maligne du naso-pharynx chez une femme de 50 ans

(De Santi)

La malade a une tumeur en forme de chou-fleur dans le naso-pharynx, ayant proliféré au-dessous du plan du voile. Cette tumeur est dure au toucher et repose sur une base étendue. Il y a les ganglions profonds du cou. Elle souffre de la gorge depuis l'été. L'auteur demande l'opinion de la Société au sujet d'une intervention. Lui-même considère la tumeur comme trop étendue pour être opérée. Les ganglions sont ramollis, mais il n'est pas possible de dire s'ils sont infectés. La malade ne retirera aucun bénéfice du traitement par le K. I. Il y a des ganglions profonds dans le cou.

OBSERVATION XII

Carcinome du naso-pharynx

(Charters Symonds)

Un malade, âgé de 55 ans, vient me consulter pour un ganglion du côté droit du cou, un peu de surdité et de l'obstruction de la narine droite. On trouve une tuméfaction ronde, très visible, étendue à la trompe d'Eustache droite et obstruant la narine droite. La tumeur est lisse, fermement attachée au pharynx, non ulcérée, mais a saigné un peu au toucher. Le long du sterno droit, il y a un ganglion gros et deux petits.

Comme la tumeur ne paraissait pas opérable, on y appliqua de l'arsenic ; au bout de 15 jours, il y a eu amélioration nette des ganglions cervicaux qui diminuèrent de volume ; mais la tumeur demeure stationnaire pendant quelque temps. Puis elle s'accrut considérablement et maintenant elle s'étend vers le voile. Le palais n'est pas infiltré mais projeté en avant.

OBSERVATION XIII

Etat d'un opéré un mois après l'ablation d'une tumeur maligne du naso-pharynx

(Stuart Low)

Le malade, âgé de 38 ans, présentait une tumeur molle, rouge, saignante, remplissant le naso-pharynx, avec tuméfaction des ganglions au niveau de l'angle des maxillaires. Ceux-ci furent enlevés après anesthésie local ; il en fut de même de la laryngotomie. Puis, le pharynx fut fermé en bas au moyen d'une éponge, et la masse du naso-pharynx fut curetée. Le malade ne pouvait être chloroformé à cause du mauvais état de son cœur. Le diagnostic de la tumeur fut : sarcome endothélial.

(Soc. roy. de méd. de Londres, 5 février 1909) ; Archiv. internat. de laryng., décembre 1909).

OBSERVATION XIV

Néoplasme du cavum naso-pharyngé et de la fosse droite de Rosenmüller. Extirpation par les voies naturelles. Guérison.

(R. Botey, *Archivias de Rinologia*, Madrid, août 1909)

Homme de 38 ans qui, depuis 4 mois et sans aucun motif, a de fréquentes hémorragies ; le sang sort par le nez si la tête est inclinée en avant, et par la bouche si elle est renversée en arrière. Surdité légère du côté droit et sensation vague de gêne du côté du voile du palais.

Examen. — Par rhinoscopie postérieure, on aperçoit une tumeur mamelonnée qui occupe tout le côté droit du cavum arrivant par devant jusqu'au bord postérieur du pavillon de la trompe et en arrière jusqu'à l'entrée de la choane qui reste libre. On fait le diagnostic de néoplasie maligne, et on conseille une intervention radicale qui est faite de

la façon suivante : Position assise, anesthésie locale, rétracteur du voile du palais de Moritz-Schmidt, ouvre bouche de Schmidt. Avec la pince de Lœwenberg, on enlève un fragment de la néoplasie, et on extirpe très laborieusement le reste avec les curettes de Lubet-Barbon guidées par un grande miroir. L'opération dure environ une heure à cause de l'hémorragie qui masquait le champ et maculait le miroir. On termine par une cautérisation énergique au galvano. On découvre l'apophyse basilaire, une partie du sinus sphénoïdal et la face interne de la racine de l'apophyse ptérygoïde. L'analyse microscopique montre qu'il s'agissait d'un fibro-myxo-sarcome télangiectasique. Lors des pansements, on renouvelle les grattages et les cauérisations des parties suspectes ; on fait, en outre, quelques applications de radium et on laisse la cicatrisation s'effectuer. Il n'y a pas de récidive depuis 9 mois. La marche des tumeurs malignes du cavum naso-pharyngien est toujours fatale à cause de la difficulté qu'il y a à faire une extirpation radicale de la néoplasie et bien que la tumeur à qui se rapporte cette observation, soit de peu de malignité et le temps relativement trop court pour pouvoir la donner comme guérie définitivement, il en est néanmoins résulté, comme le dit Botey, à l'intervention précoce qui a été faite.

(*Archiv. internat. de laryngol.*, mai 1910, E. Botella, de Madrid).

OBSERVATION XV

Tumeur du naso-pharynx d'apparence maligne

(J. Dundas Grant (Soc. roy. de méd. de Londres, janvier 1910 ! *Archiv. internat. de laryngol.*, 9 déc. 1910)

La malade, âgée de 63 ans, présentait une tumeur de l'amygdale droite et de l'obstruction nasale. La narine gauche était complètement obstruée, quoique l'entrée en fut libre. Par la rhinoscopie postérieure, on voit le naso-pha-

rynx rempli par une tumeur ressemblant à des adénoïdes, mais plus dure au toucher. Une portion fut enlevée pour être examinée au microscope. Une sonde introduite par la narine arrive sur une surface osseuse dénudée. La lésion semble avoir eu une durée de quatre mois. Pendant ce temps, la vision est devenue mauvaise, et le globe oculaire gauche est dévié en dedans (paralysie du droit externe). L'examen de la tumeur révèle la structure d'un granulome ; il s'agit probablement d'une lésion spécifique avec séquestre situé profondément.

OBSERVATION XVI

Tumeur probablement maligne du naso-pharynx chez une femme âgée, ressemblant à des adénoïdes, mais de consistance beaucoup plus dense.

(Growth in the naso-pharynx of an elderly femal, like very pale adenoide, but much more dense in consistence, suggestive of malignity).

La malade, une femme de 63 ans, vint consulter l'auteur le 29 du mois dernier pour une tuméfaction de l'amygdale droite et une obstruction du nez. L'air ne pouvait pas passer par la narine gauche quoique la partie antérieure en fut libre. A la rhinoscopie postérieure, on trouva le naso-pharynx occupé par une tumeur qui présentait l'apparence de végétations adénoïdes, mais était beaucoup plus dure au toucher. Un fragment en a été enlevé pour l'examen microscopique. A la seconde visite, supposant la possibilité d'une lésion spécifique, l'auteur prescrivit de l'iodure de potassium. La malade était si indocile, que la palpation ne pouvait être pratiquée à nouveau, mais un stylet introduit par l'orifice nasal antérieur est venu frapper contre de l'os dénudé. L'affection datait de quatre mois et, pendant cet espace de temps, la vision de la malade s'est altérée ; à présent, elle a une paralysie du droit externe du côté gauche ; le globe oculaire est dévié en dedans.

L'examen microscopique a révélé la structure d'un granulome ; il est donc probable qu'il s'agit d'une affection de nature spécifique et qu'on découvrira un séquestre profondément situé.

(Dundas Grant ; *Revue hebd. de laryngol. et d'otol.*, D. Moure).

OBSERVATION XVII

Cancers du naso-pharynx. *(Inédits)*

(Résumée)

(Deux observations inédites dues à l'amabilité de notre maître, M. le Docteur Sieur, Professeur au Val-de-Grâce).

1er cas. — Officier, 63 ans, robuste, sans autres antécédents qu'une rhino-pharyngite hypertrophique chronique, pas de syphilis antérieure. Le naso-pharynx était envahi par une tumeur bourgeonnante implantée sur le pourtour des choanes qu'elle oblitérait en partie. Il y avait une sécrétion abondante, à odeur caractéristique, un envahissement ganglionnaire assez accusé des deux régions carotidiennes et un amaigrissement notable. La mort survint brusquement la nuit.

Pas d'autopsie.

2e cas. — Sous-officier de 45 ans, robuste, n'ayant jamais eu de syphilis et qui fut atteint d'une tuméfaction, finit par s'ulcérer et envahir la paroi postérieure et la voûte du cavum, envahissement des ganglions cervicaux. C'est à cette période que le malade fut adressé et présenté à la Société de laryngologie de Paris. Il succomba peu après à une hémorragie foudroyante par ulcération de la carotide, terminaison qui laissait prévoir la propagation de la tumeur.

Le traitement spécifique employé chez ces deux malades n'a donné aucun résultat.

OBSERVATION XVIII

Cancer nasal postérieur

(Observation inédite due à M. le Professeur Garel (Lyon).

Homme, 45 ans, de Saint-Etienne (Loire), vient me trouver le 9 juillet 1903 pour une affection nasale consistant en une obstruction à peu près complète de la cavité naso-pharyngée. L'obstruction se fait sentir depuis le mois de janvier.

A l'examen du cavum, il est impossible de reconnaître le moindre détail anatomique. Le naso-pharinx est en quelque sorte comblé par un gonflement qui semble produit surtout aux dépens de la paroi postérieure. La respiration nasale est impossible. Le gonflement masque complètement les choanes et le bord postérieur de la cloison est invisible.

L'ouïe est fort diminuée et il existe du bourdonnement qui alterne entre les deux oreilles.

Le malade présente, en outre, un bourgeon polypoïde au niveau du cornet moyen droit. Le malade nie toute manifestation syphilitique. Néanmoins, je conseille un traitement d'épreuve par l'iodure de potassium à la dose de 4 gr. par jour, sous la surveillance du médecin, le Dr Faure.

Je revois le malade le 18 juillet. Il n'y a eu aucune amélioration par le traitement par l'iodure de potassium. J'enlève le bourgeon du cornet moyen et je le remets au Dr Paviot, Directeur du Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

Réponse du Laboratoire. — Sur les coupes, on voit un polype sous-muqueux, entouré de toutes parts par une ligne régulière d'épithélium cylindrique stratifié du type respiratoire. Quelques glandes tapissées par le même revêtement pénètrent peu profondément dans l'épaisseur du polype. La plus grande partie de la production est constituée par un feutrage fibrillaire assez délié, dans les mailles duquel est une substance finement granuleuse, où l'on voit

aussi quelques cellules rondes. Les capillaires embryonnaires sont assez nombreux et branchés dans la nappe fibro-granuleuse du polype. Enfin, il y a quelques hémorragies récentes, punctiformes, interstitielles.

Il semble n'y avoir aucun doute pour le caractère sous-muqueux et bénin de la production.

Je dois dire toutefois que les caractères cliniques de la tumeur du cavum plaidaient en faveur d'un néoplasme malin. La marche de la maladie était aussi en faveur du cancer.

Je revois le malade au commencement du mois d'octobre. La tumeur a considérablement augmenté de volume, elle a envahi les deux fosses nasales. Je prélève une parcelle sur la cloison pour faire une nouvelles analyse.

Cette deuxième analyse microscopique indique nettement qu'il s'agit de bourgeons épithéliomateux.

A partir de cette date, non seulement les signes de sténose nasale sont très intenses, mais il existe également une céphalée continue et très vive. Le Dr Faure tente encore un traitement par des injections mercurielles sans aucun succès.

Les phénomènes de compression des nerfs de la base du crâne augmentent progressivement sans la moindre interruption. Je vois le malade à Saint-Etienne à deux reprises différentes. C'est à peine si les injections de morphine lui procurent un soulagement de courte durée. Le malade succombe le 26 février 1904 avec des troubles de méningite de la base. Il n'y a pas eu d'autopsie.

OBSERVATION XIX

Fibro-sarcome diffus latent ayant simulé une névralgie fronto-occipitale

(Drs Curtillet et Henri Aboulker)

Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie (Castex), octobre 1908

Homme, 42 ans, malade depuis 17 mois.

La maladie a commencé par des insomnies, sans céphа-

lalgie, qui ont duré un mois ; depuis ce moment, céphalalgie qui persiste jusqu'à ce jour.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante et bien portante. Père décédé à 65 ans d'affection pulmonaire. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Depuis 17 mois, cette céphalalgie dont se plaint le malade n'a pas cessé un seul jour ; elle siège du côté droit de la tête et présente une intensité particulière au-dessus de la région orbitaire droite et au niveau de la région occipitale. Pour ces accidents, le malade a subi divers traitements, entre autres, l'absorption de doses quotidiennes de quinine s'élevant jusqu'à 3 grammes. Le malade a eu les fièvres paludéennes au Congo.

Etat actuel, 15 mars 1907. — Le malade vient nous consulter pour une obstruction nasale légère qu'il ressent du côté droit. La céphalalgie est toujours aussi intense et persistante et présente les mêmes points de localisation qu'au début. Pas d'écoulement nasal.

Du côté droit, l'obstruction nasale est presque complète ; du côté gauche, la perméabilité nasale n'est pas diminuée ; à l'examen au speculum, le cornet est très augmenté de volume, arrivant presque au contact de la cloison. Une première application de cocaïne et d'adrénaline fait rétracter très peu le cornet ; il faut une deuxième application prolongée pour permettre de voir le fond de la fosse nasale, la région choanale où l'on aperçoit mal une masse que le stylet mobilise ; c'est une production polypoïde qui ne semble pas être un polype muqueux. A l'anse froide, on extrait un morceau du volume d'une noisette. C'est un tissu gris-noirâtre très différent des polypes muqueux.

A l'éclairage par transparence, les sinus frontaux sont bien éclairés, les sinus maxillaires également.

Les névralgies ne sont donc pas dues à une sinusité méconnue. L'extraction du polype nasal n'a pas augmenté la perméabilité de la fosse nasale droite.

La rhinoscopie postérieure est difficile. Le stylet porte-coton pénètre difficilement dans le naso-pharynx ; au tou-

cher, on sent dans le cavum une masse volumineuse, dure, étendue, siégeant au niveau de la paroi postérieure du pharynx, occupant cette paroi jusqu'à l'apophyse basilaire. Le doigt perçoit plutôt la sensation d'une nappe diffuse que d'une masse bien agglomérée.

On sent dans la partie supérieure du cavum, une surface granuleuse dans tout le reste de la cavité, la muqueuse apparaît lisse et d'aspect normal aussi bien au toucher qu'à la vue. On ne sent rien sur les parois latérales, pas de prolongements dans la fosse nasale.

Diagnostic histologique. — Fibro-sarcome. — Le 10 avril 1907, opération au chlorure d'éthyle et chloroforme. Extraction par les voies naturelles, le malade étant en position de Rose.

Curage du naso-pharynx au moyen de l'instrumentation de Doyen et Escat, avec l'assistance de M. le Dr Curtillet, professeur de clinique infantile.

Le voile du palais est relevé par une sonde molle. Hémorragie abondante ; on arrête l'intervention lorsque le doigt sent partout le tissu osseux ; on tamponne le cavum au moyen d'une grande mèche introduite par la voie buccale. Les suites de l'opération sont bonnes, température normale. Le voile du palais est un peu infiltré, légèrement parésié. Le tamponnement est enlevé au bout de 24 heures. L'alimentation liquide se fait normalement.

24 avril. — A l'inspection des fosses nasales, on aperçoit une petite masse qui siège au niveau de la partie supérieure de la choane droite ; cette masse est extraite à l'anse froide qui ramène une lamelle osseuse avec laquelle le néoplasme présentait une adhérence. Quelques heures après l'extraction, le malade se met à cracher du pus mêlé de sang et les jours suivants le crachement de pus continue.

10 mai. — Dans le cavum, la plaie semble guérie, on ne voit rien d'anormal, sauf du pus sur la paroi postérieure.

L'oreille droite présente une diminution de l'audition que le malade avait constatée depuis fort longtemps. De-

puis quelques jours, troublés de la vue du côté de l'œil droit.

La céphalalgie n'a pas été améliorée par l'opération. Les troubles de la vue disparaissent rapidement.

31 août. — Paralysie en adduction de la corde vocale droite, perméabilité de la fosse nasale droite complète.

Janvier 1908. — Œdème de la joue droite. Le malade se plaint toujours de ses névralgies, qui sont plus intenses que jamais, apparaissent des ganglions sous-maxillaires et des ganglions dans la région cervicale droite.

5 février 1908. — Décès, strabisme.

OBSERVATION XX

(personnelle)

Abderrahman S..., 60 ans, journalier. Entre à l'hôpital pour une tumeur située dans la région parotidienne du côté droit.

Cette masse a le volume d'une mandarine. Elle a une forme allongée dans le sens vertical.

Sa consistance est ligneuse ; elle est absolument adhérente aux plans sous-jacents.

C'est une masse ganglionnaire d'origine cancéreuse. L'état général du malade est bon, il ne se plaint de rien, la déglutition se fait normalement ; la voix n'est pas modifiée, et ne paraît pas avoir d'obstruction nasale ; à l'examen de la bouche, la base de la langue, le larynx normaux. Le voile du palais a son aspect et sa mobilité normaux. A la rhinoscopie antérieure, on trouve un peu de pus dans les 2 fosses nasales et, dans le fond de la fosse nasale droite, une masse bourgeonnante apparaît avec peu de netteté. La rhinoscopie postérieure permet de voir une petite région ulcérée sur la face postérieure du voile.

Au toucher du cavum, le doigt a besoin de forcer une sorte de défilé formé par le voile du palais contracté et les bourgeons qui remplissent le cavum.

Le naso-pharynx a toutes ses parois en surface bourgeonnante et saignante, dont les bords sont épaissis et indurés. L'ouie est normale des 2 côtés. Examen histologique d'un fragment, épithélioma.

OBSERVATION XXI

(personnelle)

Epithélioma du naso-pharynx

Catherine A..., 40 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte il y a 24 ans d'une fausse couche occasionnée par une chute. Père vivant et bien portant. Une sœur morte brûlée, 4 frères et 2 sœurs vivants.

Antécédents personnels. — La malade ne se rappelle pas avoir eu de maladies graves. Elle a eu les fièvres paludéennes. Mariée à 22 ans, la malade a eu 6 enfants ; 2 sont morts-nés, les accouchements ayant été faits à l'aide de forceps, un autre enfant mort à 6 mois et les 3 autres se portent bien.

Il y a 18 mois, la malade fut accouchée aux forceps. Elle dut rester 3 mois couchée. Durant cette période, la malade se plaignit de douleurs et de gêne dans la région rétro-angulo-maxillaire du côté droit. En même temps, elle vit une tumeur dure se développer, elle crut être atteinte d'oreillons. Voyant que sa tumeur persistait, la malade alla consulter un docteur 11 mois après le début de la maladie. Ce dernier fit une ponction et soumit la malade au traitement spécifique (frictions et iodure).

La tumeur persiste malgré le traitement et, un mois après, une autre tumeur apparaissait du côté gauche occupant la région rétro-angulo-maxillaire et descendant jusqu'à la région carotidienne. Vers la même époque, la malade s'aperçut que le son de la voix changeait et qu'elle devenait nasillarde. De plus, une obstruction nasale empêchait la malade de respirer. Cette gêne dans la phona-

tion et la respiration alla en s'accentuant et à l'heure qu'il est, la malade parle très difficilement.

La malade entre à l'hôpital salle Andral, le 21 septembre 1909. Examen : La muqueuse nasale est pâle ; elle ne réagit pas sous l'action de la cocaïne.

On n'aperçoit rien de bien net au niveau des choanes ; on ne distingue pas d'ailleurs le voile dans les mouvements de déglutition. La luette est très œdématiée ainsi que le voile du côté droit.

Au toucher, le doigts est arrêté derrière le voile par un tissu très dur qui infiltre la partie postérieure du voile. Pour atteindre la voûte, il faut forcer cette sorte de defilé constitué par le tissu infiltré derrière le voile.

La malade part sans se laisser opérer.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs malignes primitives du naso-pharynx ne sont pas encore entrées dans le cadre des affections classiques ; leur description et leur traitement restent à peine ébauchés dans les traités de chirurgie. Même les ouvrages spéciaux en donnent une description souvent incomplète.

2° Les tumeurs malignes du naso-pharynx ne sont cependant pas exceptionnelles : 150 observations ont été publiées dans la littérature comprenant 100 de sarcomes et 50 d'épithéliomes.

3° C'est une affection de l'âge adulte et du sexe masculin, donnant une proportion de 126 hommes pour 24 femmes. Cependant, les enfants n'en sont pas indemnes : on en trouve 5 cas dans la littérature médicale.

4° Les tumeurs malignes du naso-pharynx, quelle que soit leur nature histologique, présentent en général les mêmes signes physiques, les mêmes symptômes fonctionnels. Leur début est insidieux, banal, indécis et assez peu inquiétant pour attirer l'attention.

Aussi, leur diagnostic est-il difficile à cette période et demande une grande attention et un examen complet suivant la technique rhinologique actuelle.

5° La marche de ces tumeurs est toujours envahissante et le pronostic toujours sombre.

6° Le traitement est surtout chirurgical ; il doit être pratiqué le plus tôt et le plus largement possible,

chose souvent difficile, le malade se présentant, la plupart du temps, lorsque les progrès du mal ne laissent que peu d'espoir.

7° Dans tous les cas, la recherche et l'extirpation des ganglions carotidiens et sous-maxillaires doivent être faites des deux côtés, même s'il n'existe pas, à la palpation, de ganglions cliniquement perceptibles.

Alger, le 18 mai 1911.

Vu : *Le Président de thèse,*
CANGE.

Vu : *Le Doyen :*
CURTILLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
E. ARDAILLON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1866. De Gandt. — Diagnostic différent ! et traitement des polypes naso-pharyngien. Thèse, Paris.

1871. Sappey. — Traité d'anatomie humaine.

1873. Flour. — Considérations sur les tum. de la v.-pnaryngienne. Thèse, Paris.

1874. Veillon. — Contrib. à l'étude des tum. malign. du n.-pharynx. Thèse, Paris.

1880. Hallade. — Cancer de la partie supérieure du pharynx. Thèse, Paris.

1881. Schmid. — Ulcer buccal extirp. Rachensgeschwüre. *Proger medic. Wochens* VI bd.

1890. P. Heymann. — Rundzellensark de Nasenrachenr. Vehr. de laryng. Ges. z. Berlin, 17 juin.

1893. Mulfarth. — Uber maligne geschwulste des naserachenraumes. Thèse de Boun.

1893. Ollier. — *Revue de clinique et thérap.*, n° 54, 23 août 1893 ; Traité des tum. du naso-pharynx par l'abaissement préliminaire du nez.

1894. Scheinmann. — Sarcome du naso-pharynx chez une petite fille de quatre ans ; Soc. de Laryng. de Berlin, 2 février 1894.

1895. Monbouyran. — Tumeurs rares du naso-pharynx. Thèse, Paris.

1895. Castex. — Tumeurs rares du naso-phar. *France Médicale*, 7 juin.

1895. Poirier. — Traité d'anatomie humaine.

1896. Schreiber.— Uber die geschwülste des nasenrachenraumes. Thèse de Kœnigsberg.

1896. Bryant. — Sarcome du naso-phar. guéri par la ligature des deux carotides. *Med. Record.*, page 206.

1896. Lunin. — Deux cas de tumeurs malignes chez l'enfant. Trudi. obsh. dietsk v. St-Pétersbourg.

1896. Testut. — Traité d'anatomie humaine.

1898. Brault (Alger). — Tumeur maligne du naso-pharynx chez une petite fille de 3 ans 1/2. *Annales des mal. de l'oreille*, p. 477.

1901. Albreicht. — Uber tumorens des nasenrachenraumes. Thèse de Halle Wittenberg.

1901. Edler. — Un cas de carcinome du n.-pharynx chez un enfant de 14 ans. New-York M.J., mars 1901.

1901. Escat. — Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx, page 440.

1903. Monod et Vauverts. Traité de technique opérat.

1903. Jacques et Bertemès. — Deux cas de tumeurs malignes du rhino-pharynx. *Bull. de laryngol.*, 30 déc.

1903. Christophle. — Voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx, procédé de J.-L. Faure. Thèse, Paris.

1903. Compaired (Madrid). — Volumineux épithéliome naso-pharyngo-suinsal. *Annales des mal. de l'oreille*, page 362.

1903. Garel. — Cancer nasal postérieur. Obs. inédite.

1903. Gruwald Laurens. — Sarcome du cavum ; *Atlas-manuel des maladies de la bouche et fosses nasales.*

1904. Laval. — Des tumeurs malignes du naso-pharynx ; étude clinique. Thèse, Toulouse.

1905. Cobb. — Malignant growths of the nose. Tr. Am. Laryng.-Rhin.-Otol. Soc., 1904 ; New-York 1905.

1905. Herring. — Sarcome du vomer avec formation intra-crânienne. *Am. Journ. of. med. Sc.*, août 1905.

1905. Luc. — Fibro-sarcome naso-pharyngo-maxillaire. *Bull. de Laryngol.* Paris, 31 août 1905.

1905. Compaired. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Arch. internat.*

1905. Quinlan Francis-J. — Tumeurs malignes du naso-pharynx. M.D. New-York *The Laryngoscope*, mai 1905.

1905. Schmiegelow. — Deux cas de cancer du rhino-pharynx. Soc. Danoise de Laryngol., mars 1905.

1905. Duverger. — De la voie trans-maxillo-nasale dans l'intervention sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx. Thèse de Bordeaux.

1906. Jonnesco. — Fibro-sarcome naso-pharyngien. Bull. et mem. Soc de chirurgie de Buccarest, 1906.

1906. Botey. — Un caso de fibro-sarcoma naso-faringeo y del seno esfenoïdal. *Arch. de rhinol. laryngol.*, Barcelone 1906, XVII, 317-325.

1905. Testut Jacob. — Traité d'anatomie topographique.

1905. Beco (Liège). — Polype naso-pharyngien fibro-sarco-enchondromateux ; extirpation ; mort collapsus. (Sebileau, Lermoyez, 1905.)

1906. De Santi. — Tumeur maligne du naso-pharynx chez une femme de 50 ans. *Annales des maladies de l'oreille*, 1906.

1906. Charters Symonds. — Carcinome du naso-pharynx. *Annales des maladies de l'oreille*, 1906.

1906. Compaired. — Otro caso de épithelioma naso-faringeo, extendido a tota la boveda palatina y senos esfenoïdales, opéracion. *El Siglo Med.*, 11 août 1906.

1907. Cornil et Rouvier. — Histologie pathologique.

1907. Aboulker et Curtillet (d'Alger). — Fibro-sarcome diffus latent ayant simulé une névralgie fronto-occipitale. *Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie* (Castex), 1er octobre 1908.

1907. Saint-Clair-Thompson. — Rhino-sclérome du naso-pharynx. Soc. de laryngol. de Londres, 8 mars 1907.

1908. Massier. — Volumineux fibro-myxome naso-pharyngien chez un enfant de 5 ans 1/2. Pédiatrie pratique, Lille 1908, VI, 208-210.

1908. Durand. — Ablation des tumeurs du naso-pharynx par résection temporaire du massif maxillo-malaire. *Lyon Médical*, février 1908.

1908. Forgue. — Pathologie externe.

1908. Tillaux. — Traité de chirurgie clinique.

1908. Moure et Brendel. — Maladie de la gorge et du nez. Paris, 1908.

1909. Rugani. — Le cancer du pharynx-nasal. *Archivo ital. de laryngol.*, janvier 1908, et *Ann. in. rev. hebdom. de laryngol.*, 1909, II, 741-742.

1909. Vargas. — Fibro-myxoma del naso-faringeo. *Notas Med.*, Valladolid 1909, II, 10.

1909. Botey. — Neoplasma del cavum naso-faringeo y de la fosa de Rosënmuller derecha ; extirpacion por las vias naturales. Curacion. *Archiv. de rinol. laringol.* Barcelone 1909, XX, 151-157.

1909. Stuart Low. — Etat d'un opéré un mois après l'ablation d'une tumeur maligne du naso-pharynx. Soc. roy. med. de Londres, 5 févr. 1909 ; *Arch. internat. de laryngol.*, Xe, 1909.

1910. Clerc. — Lymphosarcome du naso-pharynx. *Bollettino delle malatt dell orecchio*, mai 1910.

1910. Léto. — Contribution à l'étude des tumeurs du naso-pharynx. *Archivio ital. di laringol.*, avril 1910.

1910. Theisen. — Lymphosarcome du naso-pharynx et des amygdales. *An. am. de laryng.*, Washington. *An. in Rev. hebd. de laryngol.*, 1910, page 259.

1910. Grant. — Growth in the naso-pharynx ofan elderly fernale suggestive of malignity. Soc. roy. de med. de Londres, 7 janvier 1910 ; *An. in. Revue hebd. de laryngol.*, 1910, page 122.

1910. Dundas Grant. — Tum. d'apparence maligne. Soc. roy. de med. de Londres, janv. 1910 ; *Arch internat. de laryngol.*, 9 déc. 1910, page 935.

1910. Clauss. — Tératome naso-pharyngien chez un enfant de 3 mois, avril 1910. Soc. berlinoise d'otol. ; *Archiv. internat.*, 7 octobre et 8 octob. 1910, p. 602.

1910. Sieur (du Val-de-Grâce). — Deux cas de cancer du naso-pharynx. Obs. inédites.

1911. Jacques (de la Faculté de Nancy). — Sarcome extra-dureménien de la base du crâne avec propagation au cavum. *Rev. hebdom. de laryng.*, Moure, mai 1911.

IMPRIMERIE AGRICOLE & COMMERCIALE
F. MONTÉGUT & A. DEGUITI
Agha - Alger